

Ayez le respect des Livres

---

---

BIBLIOTHÈQUE  
DE LA  
FACULTÉ DE MÉDECINE

---

Salles de Lecture

---

Remettez ce livre à sa place  
après consultation

---

---









# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE  
BULLETIN OFFICIEL DE LA  
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

90152

FONDATEUR.

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :

RENÉ CHARPENTIER

XV<sup>e</sup> Série - 99<sup>e</sup> Année - T. I -

1<sup>er</sup> Mars 1941

IMPRIMERIE A. COUESLANT

(PERSONNEL INTÉRESSÉ)

1, RUE DES CAPUCINS — CAHORS

PUBLICATION PÉRIODIQUE  
PARAISANT 10 FOIS PAR AN

# ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS REDACTEURS EN CHEF (1843-1930) :

BAILLARGER, CERISE, LONGET,  
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),  
LUNIER, FOVILLE, RITTI, Henri COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : René CHARPENTIER

COMITÉ DE RÉDACTION :

MM. ABADIE, D. ANGLADE, BEAUSSART, CAPGRAS, H. CLAUDE,  
COURBON, A. DELMAS, DEMAY, G. DUMAS, DUPOUY, EUZIERE,  
J. HAMEL, Pierre JANET, KLIPPEL, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUZIER,  
J. LÉPINE, LÉVY-VALENSI, LHERMITTE, MARCHAND, MIGNOT,  
PACTET, PIERON, POROT, RAVIART, ROGUES DE FURSAC, SÉRIEUX,  
Th. SIMON, TINEL, TOULOUSE, VERNET.

## PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1940)

(L'abonnement part du 1<sup>er</sup> janvier)

France et Colonies, 190 fr. Prix du n° : France, 27 fr. ; Etranger, \$ 0,60  
Changement d'adresse, 1 fr.

Prix pour l'Etranger...	Tarif N° 1 5 dollars 75	Tarif N° 2 6 dollars
-------------------------	----------------------------	-------------------------

N. B. — Les abonnements étrangers sont payables en dollars ou en toutes devises étrangères au cours du dollar lors du règlement.

Ne bénéficient du tarif réduit n° 1 que les abonnés des pays qui, conformément à la convention postale universelle de Stockholm, ont accepté une réduction sur les affranchissements des publications périodiques. Ces pays sont : Albanie, République Argentine, Belgique, Bolivie, Brésil, Bulgarie, Canada, Chili, Colombie, Congo belge, Costa-Rica, Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Guatemala, Haïti, Hedjaz, Honduras, Hongrie, Iran, Irak, Italie, Lettonie, Libéria, Lituanie, Mexique, Nicaragua-Panama, Paraguay, Pays-Bas, Pérou, Pologne, Portugal et ses colonies, République Dominicaine, Roumanie, San-Salvador, Suède, Suisse, Tchéco-Slovaquie, Turquie, Union Afrique du Sud, Uruguay, U. R. S. S., Venezuela, Yougoslavie.

## CONDITIONS DE VENTE DES COLLECTIONS :

	France	Etranger
Table générale et alphabétique (1843 à 1866). 1 volume in-8.....	86 fr.	\$ 1,86
Table générale et alphabétique (1867 à 1878). 1 volume in-8.....	86 fr.	1,86
Table générale et alphabétique (1879 à 1930). 1 volume in-8.....	172 fr.	3,80
I <sup>re</sup> série, par BAILLARGER, CERISE et LONGET (1843 à 1848), 12 vol. in-8, avec plan. Les années 1846-1847 sont épuisées. 8 vol. in-8.	833 fr.	19,05
II <sup>e</sup> série (1849 à 1854), par BAILLARGER, BRIERRE DE BOISMONT et CERISE. 6 volumes in-8.....	945 fr.	21,70
III <sup>e</sup> série (1855 à 1862), par BAILLARGER, MOREAU (de Tours) et CERISE. 8 volumes in-8.....	1.230 fr.	28,25
IV <sup>e</sup> série (1863 à 1868), par BAILLARGER, CERISE et LUNIER. 12 vol. in-8.....	858 fr.	19,70
V <sup>e</sup> série (1869 à 1878), par BAILLARGER, CERISE et LUNIER. 20 vol. in-8.....	1.817 fr.	34,85
VI <sup>e</sup> série (1879 à 1884), par BAILLARGER, LUNIER et FOVILLE. 12 volumes in-8.....	858 fr.	19,70
VII <sup>e</sup> série (1885 à 1894), publiée par BAILLARGER, FOVILLE et RITTI. 20 vol. in-8.....	1.430 fr.	32,85
VIII <sup>e</sup> série (1895 à 1904), publiée par ANTOINE RITTI. 20 vol. in-8.....	1.420 fr.	32,85
IX <sup>e</sup> série (1905 à 1911), publiée par A. RITTI. 14 volumes in-8.....	1.000 fr.	23,00
X <sup>e</sup> série (1912-1920), publiée par A. RITTI et H. COLIN. 14 vol. in-8...	1.000 fr.	23,00
XI <sup>e</sup> série (1921), publiée par HENRI COLIN. 2 volumes in-8.....	143 fr.	3,25
XII <sup>e</sup> série (1922 à 1930), publiée par HENRI COLIN. 18 volumes in-8..	1.287 fr.	29,60
XIII <sup>e</sup> série (1931), publiée par René CHARPENTIER. 2 volumes in-8..	253 fr.	5,75
XIV <sup>e</sup> série (1932 à 1934), publiée par René CHARPENTIER. 6 vol. in-8	759 fr.	17,35
XV <sup>e</sup> série (1935 à 1940), publiée par René CHARPENTIER. 12 vol. in-8	1.518 fr.	34,60

Les Annales médico-psychologiques forment chaque année 2 volumes in-8°

(Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus)

90152

ANNALES  
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA  
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

ANNÉE 1941

---

TOME PREMIER

# ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

---

ANCIENS RÉDACTEURS EN CHEF :

(1843-1930)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,  
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),  
LUNIER, FOVILLE, RITTI, HENRI COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : RENÉ CHARPENTIER

COMITÉ DE RÉDACTION :

M. ABADIE, D. ANGLADE, BEAUSSART, CAPGRAS, H. CLAUDE,  
COURBON, Ach. DELMAS, DEMAY, G. DUMAS, DUPOUY, EUZIÈRE,  
J. HAMEN, Pierre JANET, KLIPPEL, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUZIER,  
J. LÉPINE, LÉVY-VALENSI, LHERMITTE, MARCHAND, MIGNOT,  
FACTET, PIERON, POROT, RAVIART, ROGUES DE FURSAC, SÉRIEUX,  
Th. SIMON, TINEL, TOULOUSE, VERNET.

---

# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE  
BULLETIN OFFICIEL DE LA  
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

90152

FONDATEUR.  
J. BAILLARGER  
RÉDACTEUR EN CHEF :  
RENÉ CHARPENTIER

90152

XV<sup>e</sup> SÉRIE — 99<sup>e</sup> ANNÉE — 1941  
TOME PREMIER



IMPRIMERIE A. COUESLANT  
(PERSONNEL INTÉRESSÉ)  
1, RUE DES CAPUCINS — CAHORS

---

PUBLICATION PÉRIODIQUE  
PARAISANT 10 FOIS PAR AN



# TABLE DES MATIÈRES

---

QUINZIÈME SÉRIE - 99<sup>e</sup> ANNÉE - TOME I

JANVIER-MAI 1941

---

## MÉMOIRES ORIGINAUX

---

	Pages
Le placement familial des aliénés et des psychopathes. Sa portée médicale et sociale. Les problèmes sociaux et économiques du placement familial, par J. Vié.....	1
Le placement familial des aliénés et des psychopathes. Sa portée médicale et sociale. La vie des malades placés, par J. Vié.....	121
Le placement familial des aliénés et des psychopathes. Sa portée médicale et sociale. Valeur thérapeutique du placement familial. Conclusions, par J. Vié.....	224
L'électrochoc en psychiatrie, par O.-L. FOREL.....	32
La lutte contre l'opium et les stupéfiants, par A. POROT.....	97
Le rôle de l'épiphyse dans certaines psychoses, par Mares-Georges CAHANA et Tatadía CAHANA.....	152
Les fondateurs de la doctrine française de l'aphasie, par QUERCY et BAYLE.....	209
Le traitement par l'électrochoc, par A. LAMARCHE, J. de BEAUJEU et G. ESTIENNE.....	251

---

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

	Pages
Liste des Présidents, Secrétaires généraux et Trésoriers de la Société Médico-Psychologique (1852-1940).....	41
Bureau pour 1941.....	43
Liste des Membres.....	43

*Séance du jeudi 9 janvier 1941*

Démence organique à symptomatologie neurologique complexe, par MM. X. ABÉLY, PERRIN et PRIOLET.....	262
Délinquance juvénile. Syndrome de démence précoce ; gliose cérébrale évolutive, par MM. L. MARCHAND, G. DEMAY, A. SOULAIRAC et J. NAUDASCHER.....	265
Représentations aperceptives ou hallucinations hypnagogiques au cours d'un délire passé à la chronicité, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, H. MIGNOT et MENANTEAU.....	270
Un cas d'anarthrie d'origine traumatique, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, Lionel VIDART et G. DESHAIES.....	276
Délire de négation récidivant avec idées d'immortalité, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, M. MIGNOT et H. MAURICE.....	279
Un fétichiste voleur, par MM. R. DEPOUY et M <sup>lle</sup> MICUCCI.....	285

*Séance du lundi 27 janvier 1941*

Allocution de M. Paul GURAUD, président sortant.....	288
Allocution de M. Achille DELMAS, président.....	290
Allocution de M. J. Vié, secrétaire général.....	293
Adoption du procès-verbal.....	294
Correspondance.....	294
Prix de la Société.....	294
Date des séances.....	294
Légion d'honneur.....	295
Décès du Professeur Lemoine.....	295
Délire chez une paralytique générale impaludée. Contribution à l'étude du métabolisme des constitutions, par MM. G. DAUMÉZON et L. CASSAN.....	295,
Les malades guéris, enracinés à l'« Asile », par MM. G. DAUMÉZON et L. CASSAN.....	300
Psychose aiguë familiale curable (le père, la mère et la fille placés le même jour, sortis le même jour), par M. G. FERDIÈRE.....	306



*Séance du lundi 24 février 1941*

	Pages
Adoption du procès-verbal.....	309
Correspondance.....	309
Election de deux membres titulaires.....	309
Anorexie mentale grave : guérison instantanée par un coma insulinaire accidentel, par MM. J. RONDEPIERRE et H. MAURICE.....	310
Thyroïdectomie et psychoses consécutives (4 cas), par MM. J. RONDEPIERRE, J. VIÉ, M <sup>lle</sup> BARRAT et M. THÉVENOT.....	315
Les accès de rire pathologique chez les épileptiques, par MM. L. MARCHAND et J. de AJURIAGUERRA.....	321
Le rire comme cause déterminante des accidents épileptiques, par L. MARCHAND et J. de AJURIAGUERRA.....	325
Tic organique et tic mental, par M. J. DELAY.....	328

## SOCIÉTÉS

*Société de Neurologie de Paris*

<i>Séance du jeudi 9 mai 1940.....</i>	47
<i>Séance du jeudi 6 juin 1940.....</i>	50
<i>Séance du jeudi 7 novembre 1940.....</i>	162
<i>Séance du jeudi 5 décembre 1940.....</i>	164
<i>Séance du jeudi 9 janvier 1941.....</i>	334
<i>Séance du jeudi 6 février 1941.....</i>	336
<i>Séance du jeudi 6 mars 1941.....</i>	338

*Société de Médecine mentale de Belgique et Société belge de Neurologie*

<i>Séance commune du samedi 26 octobre 1940.....</i>	51
<i>Séance commune du samedi 30 novembre 1940.....</i>	52
<i>Séance commune du samedi 21 décembre 1940.....</i>	168
<i>Séance commune du samedi 25 janvier 1941.....</i>	170
<i>Séance commune du samedi 29 mars 1941.....</i>	341
<i>Séance commune du samedi 26 avril 1941.....</i>	342

Groupement belge d'Etudes  
Oto-neuro-ophtalmologiques et Neuro-chirurgicales

<i>Séance du samedi 22 février 1941.....</i>	171
--	-----

# VARIÉTÉS

	Pages
Académie de Médecine : Prix décernés en 1940.....	95
— — Election.....	393
Hôpitaux psychiatriques : Nécrologie.....	84
— — Nominations.....	84, 205, 388
Hygiène et Prophylaxie : Loi du 4 novembre 1940 relative à la nouvelle réglementation applicable aux débits de boissons.....	90
— — Le régime des bouilleurs de cru.....	206
Infirmierie Spéciale : Nomination.....	388
Législation médicale : Loi concernant l'exercice de la médecine.....	91
— — Application de la loi du 16 août 1940 concernant l'exercice de la médecine.....	92
— — Loi du 7 octobre 1940 instituant un Ordre des Médecins.....	93
— — Extension à l'Algérie de la loi du 16 août 1940.....	206
Nécrologie : Professeur Banting.....	208
— — Henry Meige (1866-1940).....	393
Ordre des Médecins : Conseil départemental de la Seine.....	267
— — Statuts de la Profession médicale.....	390
— — Liste des spécialités médicales.....	390
— — Rappel des pouvoirs de l'Ordre.....	390
— — Inscription au tableau de l'Ordre par les conseils départementaux.....	391
— — L'inscription au tableau donne le droit d'exercer sur tout le territoire français.....	391
— — Les cabinets multiples sont interdits.....	392
— — Sociétés et associations médicales.....	392
Réunions et Congrès : Société suisse de Psychiatrie.....	265
— — 97 <sup>ae</sup> Réunion annuelle de l'American Psychiatric Association.....	393
Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé :	
— Attributions du Dr Serge Huard, secrétaire général.....	85
— Loi fixant les attributions des Directeurs régionaux.....	85
— Organisation et statut de l'Inspection générale.....	87
— Institution d'un comité consultatif d'hygiène de France....	88
— Institution d'un comité consultatif de l'Assistance de France.....	89
— Nomination de Conseillers sanitaires techniques.....	89
— Loi du 12 avril 1941 relative aux attributions du secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé.....	389
— Comités consultatifs d'hygiène et d'assistance.....	190
Service de Santé militaire : Direction du Service de santé de la Région de Paris.....	388
Société Médico-psychologique : Séances.....	84, 202, 387
— — — Nécrologie.....	84
— — — Prix à décerner en 1942.....	203
— — — Prix à décerner en 1943.....	204

# TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES <sup>(1)</sup>

## A

Abdomen (paralysie de l'hémi-). Lésions funiculo-vertébrales (H. ROGER, G. AYMÈS et OBRY), 65.  
 Acrocontracture physiopathique post-traumatique de la main droite (H. ROGER, G. AYMÈS et OBRY), 68.  
 Acromégalie (la chirurgie de l') (P. MARTIN), 379.  
 Acroparesthésie (traitement de l') par l'acétylcholine (K.-A. EKBOM), 80.  
 Addison (maladie d'). Traitement par l'hormone synthétique (P.-P. LAMBERT), 379.  
 —, Traitement par l'acétate de désoxycorticostérone (A. PLICHET), 379.  
 Agoraphobie (T. HÉNUSSE), 171, 342.  
 Alcool (dosage de l') dans le sang (SCHWARZ, THELNI et HUITRAC), 189.  
 — (influence de l') éthylique ingéré (Guy HAUSSE et Louis TRUFFERT), 384.  
 Alcoolique (intoxication) aiguë (Louis TRUFFERT), 385.  
 Alcoolisme (l') en Algérie (A. POROT), 73.  
 — (le traitement de l') par le sulfate de strychnine (J. DECOURT, P. SIVADON et J. CHAILLET), 79.  
 — (recherche sur l') expérimental (LHERMITTE, J. GARNIER et J. de AJURIAGUERRA), 189.  
 — (l') des buveurs de vin en Loire-Inférieure (AUVIGNE et PERRIN), 192.  
 Aliénés (assistance aux) en Europe (M. DESRUELLES et H. BERSOT), 74, 75.  
 Amblyopes (développement des classes d') en France (Mme Renée ODIC), 372.  
 Amyotrophie (l') de Charcot-Marie-Tooth et la maladie de Friedreich (Ludo van BOGAERT et M. MOREAU), 64.

— (l') type Charcot-Marie-Tooth (R. VERSPREUWEN), 341.  
 Analogie (l') (L. BRUNSCHVIGG), 349.  
 Anarthrie (l') d'origine traumatique (LAIGNEL-LAVASTINE, L. VIDART et G. DESHAIES), 276.  
 Anatomie du système nerveux. Anatomie et physiologie d'après Descartes (Achille SOUQUES), 345.  
 Anesthésie locale par infiltration (G. COUDRAY), 201.  
 Anorexie mentale. Guérison par un coma insulinaire (J. RONDEPIERRE et H. MAURICE), 310.  
 Anticonvulsivantes (propriétés) du diphenylhydantoïne de sodium (GOLDSTEIN et WEINBERG), 376.  
 Antitryptique (sérum) (I. MINEA), 199.  
 Aphasie (fondateurs de la doctrine française de l') (QUERCY et BAYLE), 209.  
 Aptitudes (les) intellectuelles des ouvriers (Michel JANET), 353.  
 — (la psychologie expérimentale et le problème des) (A. MICHOTTE), 354.  
 Argiope (orientation de l') stationnant au centre de sa toile (A. TILQUIN), 61.  
 Arthropathies mutilantes des extrémités inférieures et syringomyélie (L. van BOGAERT), 187.  
 Asile (malades guéris enracinés à l') (G. DAUMÉZON et L. CASSAN), 300.  
 Asthénie (du rôle de l') sur le processus schizophrénique (Z. KAPLINSKY), 357.  
 Astrocytomes (les) cérébraux et leurs dérivés (J. SCHERER), 54.  
 Atrophie musculaire radulaire consécutive à une explosion (G. HUYER), 336.  
 Attitudes sociales des étudiants (A. CHIRCEV), 181.  
 Avitaminoses (l'acide nicotinique et la thiamine dans les) d'intérêt neuro-psychiatrique (L. van BOGAERT), 343.

(1) Les chiffres en caractères gras renvoient aux MÉMOIRES ORIGINAUX et aux COMMUNICATIONS à la Société Médico-Psychologique.

## B

- Benzédrine** (le sulfate de) en psychiatrie (E. DAVIDOFF et E.-C. REIFENSTEIN), 79.  
**Barré** (syndrome de) d'origine traumatique (V. DIMITRI et F.-M. CIA), 186.  
**Béribéri** (phénomène tonique chez le pigeon atteint de) (S. GETZOWA et L. HALPERN), 72.  
**Brachialgie**. Traitement opératoire (Gunnar WIBERG), 82.  
**Brachialgies** (lés) (S. OSTLIND), 67.  
**Bulbaires** (troubles affectifs des pseudo-) (Th. ALAJOUANINE et H. MIGNOT), 173.

## C

- Calcification cérébrale** décelable par Roentgenogramme (L. Mc. KENDREE, EATON, J.-D. CAMP et J. GRAFTON LOVE), 70.  
**Cardiazol** (attaque provoquée par le) chez les schizophrènes. Aspect neurologique (P. ANGLAS QUINTANA), 76.  
 — (modifications histologiques consécutives aux convulsions par le) (H. CLECKLEY, L. BOWLES et METTLER), 187.  
**Cardiazolthérapie** (la) non convulsivante (Mlle M. MICUCCI), 58.  
 — de la schizophrénie (A. HARRIS), 76.  
**Cellule de Schwann**. Histophysiologie (R. DECOURT), 51.  
**Céphalo-rachidien** (Liquide) du cadavre. Valeur médico-légale de l'examen (P. PINTO PUPO et J.-B. DOS REIS), 386.  
**Cérébelleuse** (atrophie). Étude anatomo-clinique (GARCIN, I. BERTRAND et Mme GODET-GUILLAIN), 162.  
**Cérébraux** (recherches sur les processus) électriques (H. ROHRACHER), 71.  
**Cérébro-méningé** (œdème) aigu opéré 5 heures après le trauma. Coma et hémiplegie (R. GARCIN et J. GUILLAUME), 165.  
**Cérébro-méningée** (cysticercose) chez un syphilitique (J. MAGE), 343.  
**Chorée** chronique de l'adulte, type Huntington (H. ROGER, G. AYNÈS et J. OLRY), 63.  
 — fibrillaire de Morvan chez un Malgache (H. ROGER, G. AYNÈS et J. OLRY), 63.  
**Chronaxie** (la) vestibulaire chez les lapins sous l'influence de l'alcool (Mme M. BRUM), 72.  
**Compréhension** (la) mutuelle (E. CLAPARÈDE), 350.  
**Conduite** (influence du milieu social sur la) (Alexandre ROSCA et Salvatore CUPCEA), 386.

- Conservation** des quantités continues chez l'enfant (J. PIAGET et A. IZEMINSKA), 61.  
**Convulsion** (le mécanisme de la) cardiazolique (D. J. WATTERSON et R. MACDONALD), 77.  
**Convulsivant** (traitement) de certaines psychoses (J. CALVET), 374.  
**Convulsivothérapie** (séquelles affectives de la) (J.-B. DYNES), 77.  
**Corps strié**. Physiologie (M. GERETZOFF), 344.  
**Côtes cervicales**, syndrome du scalène antérieur (Jean CALVET), 184.  
**Craniens** (traumas) récents. Contrôle par le trépan explorateur; — anciens. Contrôle par la pneumo-encéphalographie (R. THUREL), 165.  
**Cranio-cérébrales** (plaies) de guerre. Association du traitement sulfamidé et de la chirurgie (Raymond GARCIN et Jean GUILLAUME), 199.  
**Cranio-cérébraux** (traumatismes). Réactions ventriculaires précoces et semi-tardives (R. GARCIN et J. GUILLAUME), 164.  
**Crimes** en état de confusion mentale (Edgar LEROY et Pierre MASQUIN), 83.  
**Culpabilité** (les conduites de) (A. HERNARD), 351.  
**Curare** (le) dans les complications traumatiques de la thérapeutique convulsivante (A. BENNETT), 194.

## D

- Dégénérative** (affection) non classée (BARRÉ et COSTE), 49.  
**Délinquance** juvénile. Syndrome de démence précoce; gliose cérébrale évolutive (L. MARCHAND, G. DEMAY, A. SOULAIRAC et J. NAUDASCHER), 265.  
**Délire** chronique (représentations aperceptives ou hallucinations hynagogiques au cours du) (LAIGNEL-LAVASTINE, H. MIGNOT et MENANTEAU), 270.  
**Démence** organique à symptomatologie neurologique complexe (X. ABÉLY, PERRIN et PHOLET), 262.  
**Démence précoce** précocissime (J. LEY), 52.  
 — chez l'enfant (G. VERMEYLEN et J. HEERNU), 169.  
 — (thérapeutique convulsivante de la). Anatomie pathologique (Jean CAMMERMEYER), 365.  
**Droiture** (la) (E. MINKOWSKI), 355.

## E

- Eclampsie** chez un garçon de 12 ans atteint d'une néphrosclérose (P. NOBÉCOURT), 186.

Ecriture. Bases physiologiques (H. DECOMBES), 57.

Electrocardiogramme dans l'exploration du système nerveux (D. PAULIAN, M. TUDOR et Gh. CONSTANTINESCO), 183.

Electrochoc (traitement par l') en psychiatrie (O.-L. FOREL), 32 ; (A. PLICHET), 193.

— (André LAMARCHE, Jaubert de BEAUJEU et Guy ESTIENNE), 251.

Embolies cérébrales (le traitement des) et ses bases physiologiques (S. de SÈZE), 80.

Encéphaliques (l'exploration radiologique des abcès) (J. PIQUET), 185.

Encéphalite post-vaccinale (KOKKEN), 54.

Encéphalite psychosique azotémique aiguë (LAIGNEL-LAVASTINE, BOUVET et FOLLIN), 180.

Encéphalites psychosiques. Etude clinique (V. ASSO), 56.

— Evolution et diagnostic (R. PACALLET), 56.

Encéphalo-myéélite aiguë. Etude anatomo-clinique (G. GUILLAIN, I. BERTRAND et Mme GODET-GUILLAIN), 163.

— disséminée (R. VERSPREUWEN), 341.

Encéphalopathie consécutive à l'anesthésie (A.-T. STEEGMANN), 69.

Encéphalose avec atrophie cérébrale objectivée par encéphalographie et vérifiée par biopsie (CHAVANY, BERDET et DAUM), 340.

Epilepsie et convulsions infantiles (P. HARTENBERG), 186.

— expérimentale. Troubles neurovégétatifs et humoraux (J. ASUAD), 190.

— expérimentale chez les animaux décérébrés, etc. (J. ASUAD), 191.

— (l') dans les tumeurs cérébrales (L. BRUN), 347.

— (traitement de l') par une marque française de diphenylhydantoïne (A. BAUDOUIN), 376.

— jacksonienne guérie par injection d'air par voie lombaire (LAIGNEL-LAVASTINE, PUECH et C. VIDART), 377.

Epileptique (mal) guéri par une injection intra-rachidienne d'air (J. DECOURT et P. SIVADON), 377.

Epiphyse (rôle de l') dans certaines psychoses (Mares-Georges CAHANA et Tatiana CAHANA), 152.

Equations (systèmes d') aux dérivées partielles. Les deux tendances des mathématiques (Maurice JANET), 352.

Ethylothérapie intraveineuse chez les alcoolomanes (L. BRUEL), 78.

Evaluation (la méthode d') appliquée aux élèves du cours supérieur du lycée (N. PARVU), 181.

## F

Fantômes (W. BOVEN), 348.

Forme (théorie de la) et interactions des éléments corticaux (J. SÉGAL), 60.

Foville (syndrome de) (J. SALAÜN), 58.

## G

Geinean (syndrome de) (H. CLAUDE, S. de SÈZE et TARDIEU), 340.

Gelures. Thérapeutiques sympathiques (J. de GIRARDIER), 382.

Génésiques (la chimie des instincts) (H. ROGER), 367.

Génoscopamine (la). Son utilisation dans le parkinsonisme (J.-H. SCHARF), 81.

Gliome ou métastases cérébrales ? (J. de BUSSCHER), 341.

Gliomes (étude anatomique de) confrontées avec les expériences chirurgicales (H.-J. SCHERER), 170.

Goût (recherches sur les centres du) (A. GEREBTZOFF), 168.

## H

Haine (la psychologie de la) (J. ELINGREN), 60.

Hémoporphyrines (troubles nerveux des) (DURET), 348.

Hématome intracérébral non traumatique (L. LARUELLE et L. MASSION-VERNIORY), 360.

Hémiplégie avec aphasie par intoxication oxy-carbonée. Ventriculographie (J. LEREBoullet et PUECH), 167.

— (l') syphilitique (J.-A. CHAVANY), 185.

— (forme atypique d') (L. DESCAMPS), 342.

Hérédo-ataxie (maladie familiale du type de l') (PITON et TIFFENEAU), 167.

Herpès zoster et névralgie phrénique (J. Dagnélie), 168.

Hippel-Lindau (maladie de von). Malformations vasculaires avec syndrome cérébelleux (Mme L. BAR), 172.

Histamine (l') dans le sang des schizophrènes (W.-A. den Hartog Jager), 72.

— (l') et la peptone dans le traitement des névroses et des psychoses (W. Marshall et J.-S. Tarwater), 79.

Histaminique (traitement par excitation) des psychoses aiguës avec dyspepsie (José SZABO), 375.

— (ionothérapie) et histamine dans les névralgies (D. Paulian et I. Bistriceanu), 375.

Hodgkin (maladie d') et vertèbre en galette (H. ROGER, SANTELLI et PROVENCE), 65.

Hydrocéphalie ventriculaire par arachnoidite cérébrale (H. ROGER, Y. POURSIÈRES et R. BERNARD), 70.

Hyperextensibilité musculaire. Importance neurologique (A. HADJI-DIMO et J. de AJURIAGUERRA), 182.

Hypertensives (les « éclipses cérébrales » au cours des poussées) (E. DONZELOT), 360.

Hypertrophie musculaire localisée (MICHON), 48.

— et myxœdème guéris et électriquement améliorés par le traitement thyroïdien (P. MOLLARET et J. SIGWALD), (G. BOURGUIGNON), 81.

Hypnagogisme, hallucinose et hallucinations (LHERMITTE et SIGWALD), 339.

Hypnose animale. Etat fonctionnel de l'écorce cérébrale (M. GEREBTZOFF), 344.

Hypocondries (deux) (H. CODET), 174.

Hystérie (l') (J. DAGNÉLIE), 343.

Hystérique (tremblement) guéri par la convulsivothérapie (VERSTRAETEN), 53.

Hystériques (accidents). Le traitement par les choes convulsivants (J. TITICA), 53.

## I

Infanticide et jalousie (Aug. LEY), 83.

Insulinothérapie (deux ans d') (HOVEN et VANDENDORPE), 51.

— (accident au cours de l') : le coma prolongé non-hypoglycémique (P. ABÉLY et Ch. FEUILLET), 373.

Intersexualité (l') et les chromosomes (H. ROGER), 368.

— et hormones sexuelles (H. ROGER), 369.

— expérimentale (H. ROGER), 370.

Intoxication par des substances organiques (H. STECK), 178.

## J

Jalousie (idées d'infidélité homosexuelle dans la) (D. LAGACHE), 182.

## K

Kinesthésique (la mesure du sens) (D. VACARU), 365.

## L

Landry (syndrome de) (VERSPREEUW), 169.

Lèpre (un cas de) nerveuse (ANDRÉ), 52.

Lobectomie frontale bilatérale (Richard M. BRICKNER), 82.

## M

Manie et mélancolie. Traitement (A. LEROY), 170.

Meduna (méthode de von) en pathologie mentale. Modifications de la tension artérielle (H. CHRISTY, P. MARTIN-CHRISTOPHE et Y. EMERIC), 374.

Meige (Henry), 1866-1940 (René CHARPENTIER), 393.

Mélanoliques (traitement des états) par le tribrométhanol (M. MONTASSUT et G. JACQUOT), 372.

Méningiome frontal (H. SCHAEFFER), 179.

Méningite lymphocytaire curable. Accidents épileptiques (G. FÉRIÈRE), 47. — à bacilles de Pfeiffer (Charles GERNEZ et Claude HURIEZ), 184.

— à pneumocoques guérie par la sulfamidothérapie (CHIRAY, H. MASCHAS et A. ROUAULT), 197.

— traumatique. Traitement sulfamidé (R. MONOD et G. BOUDIN), 198.

— syphilitique aiguë (G. GUILLAIN et PITON), 335.

Méningite cérébro-spinale méningococcique à début atypique (F. RATHERY et R. BOLZINGER), 184.

— à liquide clair et lymphocytose rachidienne (HILLENAND), 185.

— Sulfamidothérapie (M. WORMS), 196 ; (C. GERNEZ et Cl. HURIEZ), 377.

— (BOUDET, BROCA et Mlle FABRE), 197.

— Danger de la sulfamidothérapie. Paralysies graves (FORT et IGERT), 197.

— Myélite nécrotique après injection intra-rachidienne de soludagénan (A. GERMAIN et P. PICARD), 198.

— chez l'enfant traitée par sulfamido- et sérothérapie (R. PIERRET et A. BRETON), 378.

Migraines. Traitement (M. PERRAULT), 81.

Mœlle (fibro-lipome de la) (van LAER), 169.

Mongolisme et anodontie (D. H. H. THOMAS), 69.

Myélite aiguë guérie par le dagénan (Georges GUILLAIN et Mlle CORRE), 198.

Myoclonies vélo-pharyngo-laryngées. Étude anatomique (FAURE-BEAULIEU et R. GARCIN), 164.

— rythmées du voile au cours d'un syndrome latéral du bulbe (LHERMITTE et SIGWALD), 337.

— rythmiques vélo-palato-laryngées et faciales (M. C. I. URECHIA), 360.  
 Mysticisme collectif. Les apparitions d'Euzkadi (P. BEAUSSART), 59.

## N

Négation (délire de) avec idées d'immortalité (LAIGNEL-LAVASTINE, H. MIGNOT et H. MAURICE), 279.  
 Nerfs périphériques (amélioration possible du traitement des blessures des) (J. NAGEOTTE), 384.  
 Nerveuses (diagnostic des crises) (H. ROGER), 62.  
 Neuro-anémiques (syndromes). Traitement (T. HERNANDO), 82.  
 Neuro-leucémie aiguë (de REYMAEKER), 54.  
 Neuro-psychiatrie (service de). Organisation et fonctionnement en temps de guerre (A.-J. FRIBOURG-BLANC), 73.  
 Névralgie du fémoro-cutané (H. ROGER, G. AYMÈS et OLRV), 67.  
 Névrite hypertrophique familiale (Serge DAVIDENKOFF), 66.

## O

Oculaires (mouvements conjugués des globes) et leurs troubles (P. JACQUIN), 57.  
 Opium (lutte contre l') et les stupéfiants (A. POROT), 97.  
 Or (absorption des sels d') (A. LUMIÈRE et A. LÉONET), 196.  
 Orientation et sélection professionnelle; concours du médecin (Henri FUS), 363).  
 —; bases physiologiques (L. BROUHA), 364.  
 Oscillométrie (l') radio-tibiale pour l'exploration du système vago-sympathique (P. CONSTANTIN), 62.

## P

Pallido-nigrique (dégénérescence) et encéphalite chronique (L. van BOGAERT), 167.  
 Paralyse radriculaire brachiale après injection de sérum anti-tétanique (H. ROGER, G. AYMÈS et OLRV), 67.  
 — infantile. Traitement galvanique (H. BORDIER), 200.  
 — faciale (nouveau traitement opératoire de la) (René LERICHE), 383.  
 Paralyse générale chez les indigènes musulmans de Tunisie (J. OLRV), 346.  
 Paralytique générale (délire chez une) impaludée (G. DAUMÉZON et L. CASSAN), 295.

Paralytiques généraux (l'avenir des) malarisés (R. BERNARD et J. TITEGA), 52.

Parésie fonctionnelle après vaccination antityphoïdique (H. ROGER, G. AYMÈS et OLRV), 68.

— et contracture névropathique chez un dysentérique traité par l'émétine (H. ROGER, G. AYMÈS et OLRV), 68.

Pariuud (syndrome de) de type associé (OURGAUD), 348.

Parkinson (maladie de). Traitement par l'ingestion de sulfate d'atropine (DUPÉRIER, de LACHAUD et Mlle ROUGIER), 376.

Parkinsonien (syndrome) par maladie de Heine-Medin ? (P. MOLLARET), 167.

Pathologie mentale de l'indigène Nord-Africain (Mlle S. TAÏEB), 55.

Pédoncules cérébraux (hémorragie de la calotte des) (LHERMITTE et Mme de BUSSIÈRE de ROBERT), 339.

Pervers (utilisation des petits) en temps de guerre (G. PÉLISSIER), 56.

Physio-pathologie humaine. Urbanisation et standard de vie (P.-E. MOHARDT), 192.

Pick (maladie de) (C. I. URECHIA), 358.

Pie-mérite syphilitique aiguë (MONIER-VINARD et BRUNEL), 336.

Pied (arrêt de croissance du) après application d'un laes (André-THOMAS), 337.

Pinéale (tumeurs de la région) (THUREL), 338.

Placement familial des aliénés et des psychopathes. Sa portée médicale et sociale. Problèmes sociaux et économiques (J. VIÉ), 1.

— La vie des malades placés (J. VIÉ), 121.

— Valeur thérapeutique du placement familial (J. VIÉ), 224.

Plasmocytomes nodulaires de l'aile du sphénoïde (L. CHRISTOPHE et P. DIVRY), 366.

Plexus brachial (affection du) causée par l'hypertrophie de la 7<sup>e</sup> vertèbre cervicale (A.-V. NEEL), 66.

Poliomyélite aiguë. Traitement (K. ZEINER-HENRIKSEN), 82.

— aiguë. Epidémiologie et prophylaxie (R. CLÉMENT), 192.

Polynévrite et maladie de Gee (J. DAGONÉLIE), 170.

— urémique (M. VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON et H.-P. KLOTZ), 186.

— anémique (C.-I. URECHIA), 363.

Polynévrites alcooliques (J. STERNE), 66.

Polynévritique (quadriplégie) au début d'un traitement par l'anastaphylatoxine (FAURE-BEAULIEU et M. FELD), 80.

- Polyradiculo-névrite** avec dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien (ANDRÉ), 171.  
 — après angine et otite (C.-I. URECHIA), 362.  
**Préfrontal** (fonctions du lobe) (A. ROQUIER), 63.  
**Prophétisme** et suggestion (G. DUMAS), 175.  
**Prostitution** (la) en général et des mineurs en particulier (G. BENEVENT), 347.  
**Psychiatriques** (les phénomènes) des premiers jours de la guerre en Angleterre (J. LAFONT), 181.  
**Psychologie** et Criminalité (P. SCHIFF), 177.  
**Psychonévropathes** (attitude des) vis-à-vis des procédés anticonceptionnels (J.-H. FRIEDMAN), 180.  
**Psychopathologie** (la) de Pierre Janet (H. EY), 176.  
**Psychose** aiguë familiale curable (G. FERDIÈRE), 306.  
**Psychoses** chroniques (réactions mentales morbides dans les) (A. BOREL), 174.  
 — préséniles (G. BOSCH et E. KRAFF), 179.  
**Pupillaire** (aréflexie) et syndrome de Parinaud (M. FAURE-BEAULIEU, J. CHRISTOPHE et Ph. ISORNI), 334.

## Q

- Quadriplégie** spasmodique et maladie de Bouillaud (G. FERDIÈRE et ALBESARD), 47.

## R

- Rachis cervical** (malformation complexe du) avec syndrome neurologique associé (FAURE-BEAULIEU, SCHAEFFER et Mlle SALOFF), 50.  
**Radiculo-médullaires** (compressions) par nodule fibro-cartilagineux des disques intra-vertébraux (D. PETIT-DUTAILLIS), 65.  
**Réflexe** (utilité du) psychogalvanique en neurologie (M. JONESCO-SISESTI et Louis COPELMAN), 360.  
**Régulation** (la) vaso-motrice cérébrale (S. CHRISTIANSEN, M. FOG et Th. VANGGAARD), 71.  
**Répercussivité**, irritabilité, individualité (André-THOMAS), 358.  
**Rire** (le) dans les accidents épileptiques (L. MARCHAND et J. de AJURIA-GUERRA), 324, 325.  
**Rocher** (fracture du) ; troubles vestibulaires et réaction méningée (André-TUOMAS et M. et Mme SORREL), 337.

## S

- Salicylate de soude** (l'administration du). Emploi de la voie sous-cutanée (J.-V. VELASQUEZ), 195.  
**Schizomanie** épisodique ; homicide (Rafael HERNANDEZ-RAMIREZ), 385.  
**Schizophrènes** (traitement total de l'organisme chez les) (W. CORWIN et J.-W. THIMMONS), 78.  
**Schizophrénie** (études pharmacologiques dans la) (W.-P. BERRINGTON), 75.  
 — (l'anxiété dans le traitement de la) par le métrazol (L. COHEN), 77.  
 — (nouvel essai de traitement dans la) (R. BUSTOS-QUEZADO), 78.  
 — avec obsessions (S.-J. KONSTORUM, S.-J. BARZAC et Mme E.-G. OKOUNIEVA), 356.  
 — (la) et l'encéphalite épidémique chronique (Mme L.-S. CHALIFINA), 357.  
 — avec manifestations hystériques (D.-E. MELECHOW, S.-A. CHOUBINA, S.-J. KOGAN et R.-S. REZNIK), 357.  
**Schizophréniques** (retentissement des modifications séniles sur l'évolution du processus) (N. N. ZAK), 358.  
**Sciaticque** rebelle par funiculite (Jacques DECOURT et D. PETIT-DUTAILLIS), 362.  
 — (pathogénie de la) dite essentielle (S. de SÈZE), 362.  
**Sciaticques** (névralgies) par hernie discale postérieure (S. de SÈZE et PETIT-DUTAILLIS), 166.  
 — guéries par le traitement spécifique (MILAN), 381.  
**Sclérose** en plaques (P. van GEHUCHTEN), 341.  
**Sclérose tubéreuse** à forme maligne (L. MARCHAND, M. BRISSOT et J. MAILLEFER), 69.  
**Scléroses multiples** (M. R. BROWN et T. J. PUTNAM), 65.  
**Société Médico-Psychologique**. Liste des Présidents, Secrétaires et Trésoriers, 41.  
 ———. Liste des Membres, 43.  
 ———. Bureau pour 1941, 43.  
 ———. Allocution de M. GUINAUD, président sortant, 288.  
 ———. Allocution de M. Achille DELMAS, président, 290.  
 ———. Allocution de M. Jacques VIÉ, secrétaire général, 293.  
 ———. Prix, 294.  
 ———. ELECTIONS. Membres titulaires : Mlle CULLERRE, M. DELAY, 309.  
**Sombong** (le) (Henri LECLERC), 381.  
**Souvenirs** et problèmes (J. JANET), 352.  
**Spasme** de la convergence avec amaurose hystérique (L. ETOIRS et J. TITECA), 51.



Spasme de torsion et métastase cancéreuse du noyau rouge (H. ROGER, Y. POURSIÈRES et J. BOUDOURÈS-QUES), 64.

Spécificité et généralité (N. MARGINEANU), 182.

Spina bifida et autres malformations voisines; syndrome du cône terminal (C. I. URECHTA), 361.

Sturge-Webber-Crabbe (syndrome de). Formes dissociées (Mme Louis BAR), 169.

Suicide (tentative de) par pendaison; amélioration consécutive de l'état mental (LAIGNEL-LAVASTINE, BOUVET et FOLLIN), 180.

— (le) chez les épileptiques (L. MARCHAND et J. de AJUAGUERRA), 356.

Sus-optique (rupture de lame) (R. THUREL), 339.

Symphatique (syndrome) cervical postérieur (G. DEVÈZE), 57.

— (infiltration du) lombaire (R. DEMAREZ et M. LINQUETTE), 201.

Symphathologie. Indications opératoires. (B. DESPLAS), 382.

Symphathome embryonnaire (G. ROUSSEY, R. HUGUENIN, M. PERROT et SARACINO), 334.

Syphilis. Micro-méthodes de séro-diagnostic (R. DEMANCHE), 188.

Syphilitique (gomme) cérébrale (H. ROGER et PAILHAS), 48.

— (l'hypertension intra-crânienne) (P. MOUREN), 347.

Syringomyélique (syndrome) lombosacré (ALAJOUANINE), 163.

Syringo-myélo-bulbie (MAGE), 172.

Système nerveux. Anatomie et physiologie d'après Descartes (Achille SOUQUES), 345.

## T

Tabes. Crises ano-rectales (A.-M. DELPIN), 58.

— (crises gastriques du) traitées par chordotomie antérieure (O. R. HYNNMAN et F.-J. JARVIS), 380.

Tétanique (la toxine) (H. LENORMANT), 188.

Tétanos de guerre. Action des infiltrations du sympathique (René SIMON et G.-A. PATEY), 382.

Thalamo-corticales (connexions) des régions basses de l'écorce cérébrale (Mlle M. CALLEWAERT et A. GERERTZOFF), 168.

Thalamo-striées (connexions) (A. GERERTZOFF), 168.

Thérapeutique (la) et Mahomet (A. SOUQUES), 193.

— (la) bromurée administrée par voie intraveineuse (A. LANDAU), 195.

Thymectomie pour asthénie avec retard de croissance (R. LEBICHE et A. JUNG), 194.

Thyroïdectomies et psychoses consécutives (J. RONDEPIERRE, J. VIÉ, Mlle BARRAT et M. THÉVENOT), 315.

Tic organique et mental (J. DELAY), 328.

Tractotomie trigéminal et voies centrales trigéminales (Henri SCHAEFFER), 381.

Traumatique (traitement du choc) par le sang dilué intraveineux (Léon BINET et M. STRUMZA), 199.

Traumatismes (symptômes consécutifs aux) de la moelle (THUREL), 48.

— Contrôle des traumas crâniens récents par le trépan explorateur (THUREL), 165.

— Contrôle des traumas crâniens anciens par la pneumo-encéphalographie, 165.

— crâniens ouverts (circulation rétinienne dans les) (FRITZ), 172.

Tremblement volontaire des globes oculaires (RADEHMECKER et HELSMOORTEL jr.), 171.

Triazol 156 (la thérapeutique convulsivante par le) (A. WALK et W. MAYER-GROSS), 77.

Trijumeau (atteinte du) au cours de tumeurs cérébrales (M. DAVID et G. SOURDILLE), 340.

## U

Ulcère peptique. Modifications histopathologiques du système nerveux (A. R. VONDERAHE), 71.

## V

Vaso-moteurs (troubles) et rétractilité neuro-tonique (L. ALQUIER), 50.

Visions du demi-sommeil (A. TOURNAY), 338.

Vitamine E dans le traitement des myopathies et de la sclérose latérale amyotrophique (A. RAVINA et A. PLICHET), 200.

Voileur (fétichiste) (R. DUPOUY et Mlle MICUCCI), 285.

## W

Wernicke (maladie de) à type polynévritique, puis polioencéphalitique (VERSPREEUWEN), 53.

## Z

Zona (traitement du) par les injections intra-dermiques d'histamine-histidine (CAGGINI), 80.

# TABLE ALPHABÉTIQUE

## DES NOMS D'AUTEURS <sup>(1)</sup>

### A

- ABÉLY (Paul) et FEUILLET (Charles). Coma prolongé dans l'insulinothérapie au cours de la cure de Sakel, 373.
- ABÉLY (Xavier), PERBIN et PRIOLET. Démence organique à symptomatologie neurologique complexe, 262.  
—, *Discussion*, 320, 333.
- AJURIAGUERRA (J. de). v. *Hadji-Dimo*.  
—, v. *Lhermitte*.  
—, v. *Marchand*.
- ALAJOUANINE. Syndrome syringomyélique lombo-sacré, 163.  
— et MIGNOT (H.). Troubles affectifs des pseudo-bulbaires, 173.
- ALQUIER (L.). Troubles vaso-moteurs et rétractilité neurotonique, 50.
- ANDRÉ. Un cas de lèpre nerveuse, 52.  
—, Polyradiculographie avec dissociation du liquide céphalo-rachidien, 171.
- ANGLAS-QUINTANA (P.). Aspect neurologique de l'attaque provoquée par le cardiazol chez les schizophrènes, 76.
- ASSO (V.). Les encéphalites psychosiques. Etude clinique, 56.
- ASUAD (J.). Epilepsie expérimentale, 190.  
—, Epilepsie expérimentale. Troubles neuro-végétatifs et humoraux, 190.  
—, Epilepsie expérimentale chez les animaux déécérébrés, etc., 191.

- AUVIGNE et PERBIN. L'alcoolisme des buveurs de vin en Loire-Inférieure, 192.
- AYMÈS (G.). v. *Roger*.

### B

- BAR (Mme Louis). Maladie de von Hippel-Lindau. Malformations vasculaires avec syndrome cérébelleux, 172.
- BARÉ. *Discussion*, 265.
- BARRAT (Mlle). v. *Rondepierre*.
- BARRE et COSTE. Affection dégénérative non classée, 49.
- BARZAC (S.-J.). v. *Konstorum*.
- BAUDOUIN (A.). Traitement de l'épilepsie par une marque française de diphénylhydantoïne, 376.
- BAYLE. v. *Quercy*.
- BEAUJEU (Jaubert de). v. *Lamarche*.
- BEAUSSART (P.). Mysticisme collectif. Les apparitions d'Euzkadé, 59.
- BENEVENT (J.). La prostitution en général et des mineurs en particulier, 347.
- BENNETT (A.). Le curare dans les complications traumatiques de la thérapeutique convulsivante, 194.
- BERDET. v. *Chavany*.
- BERNARD (R.) et TITECA (J.). L'avenir des paralytiques généraux malariés, 52.

(1) Les chiffres en caractères gras correspondent aux MÉMOIRES ORIGINAUX et aux COMMUNICATIONS à la Société Médico-Psychologique.

- BERRINGTON (W. P.). Etude psychopharmacologique de la schizophrénie, 75.
- BERSOT (H.). v. *Desruelles*.
- BERTRAND (I.). v. *Garcia*.
- , v. *Guillain*.
- BINET (Léon) et STRUMZA (M.). Traitement du choc traumatique par le sang dilué intraveineux, 199.
- BISTRICRANO, v. *Paulian*.
- BOGAERT (L. van) et MOREAU (M.). L'amyotrophie de Charcot-Marie-Tooth et la maladie de Friedreich, 64.
- , Arthropathies mutilantes des extrémités inférieures et syringomyélie, 187.
- , Dégénérescence pigmentaire et encéphalite léthargique chronique, 187.
- , L'acide nicotinique et la thiamine dans certaines avitaminoses, 343.
- BOLZINGER (R.). v. *Rathery*.
- BORDIEH (H.). Le traitement galvanique dans la paralysie infantile, 200.
- BOREL (A.). Réactions mentales morbides dans les psychoses chroniques, 174.
- BOSCH (G.), et KRAFF (E.). Psychoses préséniles, 179.
- BOUDET, BROCA et FABRE (Mlle). Ménigite cérébro-spinale, 197.
- BOUDIN (Georges). v. *Monod*.
- BOUDOUQUES (J.). v. *Roger*.
- BOURGUIGNON (Georges). Hyperthrophie musculaire et myxœdème améliorés au cours du traitement thyroïdien, 81.
- BOUVET, v. *Laignel-Lavastine*.
- BOVEN (W.). Fantômes, 348.
- BOWLES, v. *Cleckley*.
- BRETON (A.). v. *Pierret*.
- BRICKNER (Richard M.). Lobectomie frontale bilatérale, 82.
- BRISSET, v. *Marchand*.
- , *Discussion*, 305, 308.
- BROCA, v. *Boudet*.
- BROUHA (L.). Bases physiologiques de l'orientation et de la sélection professionnelles, 364.
- BROWN (M. R.) et PUTNAM (T. J.). Séleroses multiples, 65.
- BRUEL (L.). L'éthylothérapie intraveineuse chez les alcoolomanes, 78.
- BRUM (Mme M.). La chronaxie vestibulaire chez les lapins sous l'influence de l'alcool, 72.
- BRUN (L.). L'épilepsie dans les tumeurs cérébrales, 347.
- BRUNEL, v. *Monier-Vinard*.
- BRUNSCHVIGG (L.). L'analogie, 349.
- BUSSCHER (J. de). Gliome ou métastase cérébrale ?, 341.
- BUSSIÈRE de ROBERT (Mme). v. *Lhermitte*.
- BUSTOS QUEZADA (R.). Nouvel essai dans le traitement de la schizophrénie, 78.

## C

- CAGGINI. Traitement du zona par les injections intra-dermiques d'histamine-histidine, 80.
- CAHANA (Mares George et Tatiana). Rôle de l'épiphyse dans certaines psychoses, 452.
- CALVET (Jean). Les côtes cervicales, syndrome du scalène antérieur, 184.
- , Traitement convulsivant de certaines psychoses, 374.
- CALLEWAERT (Mlle M.) et GERERTZOFF (A.). Connexions thalamo-corticales des régions basses de l'écorce cérébrale, 168.
- CAMMERMEYER (J.). Thérapeutique convulsivante de la démence précoce. Recherches anatomo-pathologiques, 365.
- CAMP, v. *Kendree*.
- CELLIER, *Discussion*, 275, 285.
- CHAILLET (J.). v. *Decourt*.
- CHALIFINA (Mme L. S.). La schizophrénie et l'encéphalite épidémique chronique, 357.
- CHARPENTIER (René). Henry Meige (1866-1940), 393.
- CHAVANY (J.-A.). L'hémiplégie syphilitique, 185.
- , BERDET et DAUM. L'encéphalose avec atrophie cérébrale objectivée par l'encéphalographie et vérifiée par biopsie, 340.
- CHIRAY, MASCHAS (H.) et ROUAULT (A.). Ménigite à pneumocoques guéris par la sulfamidothérapie, 197.
- CHIRCEY (A.). Attitudes sociales des étudiants, 181.
- CHOUBINA (S. A.). v. *Melechow*.
- CHRISTIANSEN (S.), FOG (M.) et VANGARD (Th.). La régulation vaso-motrice cérébrale, 71.
- CHRISTOPHE, v. *Faure-Beaulieu*.
- et DIVRY (P.). Plasmocytomes nodulaires de l'aile du sphénoïde, 366.
- CHRISTY (H.), MARTIN-CHRISTOPHE (P.) et EMERIC (Y.). Méthode de von Meduna en pathologie mentale. Modifications de la tension artérielle, 374.
- CIA, v. *Dimitri*.
- CLAPARÈDE (E.). La compréhension mutuelle, 350.

- CLAUDE. *Discussion*, 285, 299, 314.  
 —, SÈZE (de) et TARDIEU. Syndrome de Geliueau, 340.  
 CLECKLEY (Hervey), BOWLES (Lester) et METTLER. Modifications histologiques dues au cardiazol, 187.  
 CLÉMENT (R.). Poliomyélite aiguë. Épidémiologie et prophylaxie, 192.  
 CODET (H.). Les deux hypochondries, 174.  
 COHEN (L. H.). L'anxiété dans le traitement de la schizophrénie par le métrazol, 77.  
 CONSTANTIN (P.). L'oseillométrie radiotibiale pour l'exploration du système vago-sympathique, 62.  
 CONSTANTINESCO (Ch.), v. *Paulian*.  
 COPELMAN (Louis), v. *Jonesco-Sisesli*.  
 CORRE (Mlle), v. *Guillain*.  
 CORWIN (W.) et THIDMSON (J. W.). Traitement total de l'organisme chez les schizophrènes, 78.  
 COSTE, v. *Barré*.  
 COUDRAY (G.). Anesthésie locale par infiltration, 201.  
 CUPCEA (Salvator), v. *Rosca*.

## D

- DAGNELIK (J.). Herpes zoster et névralgie phrénique 168.  
 —. Polynévrite et maladie de Gee, 170.  
 —. L'hystérie, 343.  
 DAUM, v. *Chavaux*.  
 DAUMEZON (G.) et CASSAN (L.). Délire chez une paralytique générale impaludée, 295.  
 —, et CASSAN (L.). Les malades guéris enracinés à l'« Asile », 300.  
 —, v. *Cassan*.  
 DAVID (M.) et SOURDILLE (G.). Atteinte du trijumeau au cours de tumeurs cérébrales, 340.  
 DAVIDENKOFF (S.). Névrite hypertrophique familiale, 66.  
 DAVIDOFF (E.) et REIFENSTEIN (E. C.). Le sulfate de benzédrine en psychiatrie, 79.  
 DECOMBES (H.). Des bases physiologiques de l'écriture, 57.  
 DECOURT (J.), SIVADON (P.) et CHAILLET (J.). Le traitement de l'alcoolisme par le sulfate de strychnine, 79.  
 — et PETIT-DUTAILLIS (D.). Névralgie sciatique rebelle par funiculite, 362.  
 — et SIVADON (P.). Mal épileptique guéri par une injection intrarachidienne d'air, 377.

- DELAY (J.). *Discussion*, 327, 332, 333.  
 —. Tic organique et mental, 328.  
 DELCOURT (R.). Histophysiologie de la cellule de Schwann, 51.  
 DELMAS (Ach.). *Discussion*, 270, 281, 299, 308, 314, 320, 333.  
 —. *Allocution*, 290.  
 DELPIN (A.-M.). Les crises ano-rectales du tabes, 58.  
 DEMANCHE (R.). Les micro-méthodes de séro-diagnostic de la syphilis, 188.  
 DEMAREZ (R.) et LINQUETTE (M.). Infiltrations du sympathique lombaire, 201.  
 DEMAY (G.), v. *Marchand*.  
 DESCAMPS (L.). Forme atypique d'hémiplegie, 342.  
 DESHAIES, v. *Laignel-Lavastine*.  
 DESPLAS (B.). Indications opératoires et résultats en sympathologie, 382.  
 DESRUELLES (M.) et BERSOT (H.). L'assistance aux aliénés en Europe, 71, 75.  
 DEVÈZE (G.). Le syndrome sympathique cervical postérieur, 57.  
 DIMITRI (V.) et CIA (F. M.). Syndrome de Barré d'origine traumatique, 186.  
 DIVRY, v. *Christophe*.  
 DONZELOT (E.). Les « éclipses cérébrales » au cours des poussées hypertensives, 360.  
 DUMAS (G.). Prophétisme et suggestion, 175.  
 DUPÉNIER, LACHAUD (de) et ROUGIER (Mlle). Traitement de la maladie de Parkinson par l'ingestion de sulfate d'atropine, 376.  
 DUPOUY (R.) et MICUCCI (Mlle). Un fétichiste voleur, 285.  
 DURET. Troubles nerveux des hémoporphyrines, 348.  
 DYNES (J. B.). Séquelles affectives de la convulsivothérapie, 77.

## E

- EATON, v. *Kendree*.  
 ECTORS (L.) et TITECA (J.). Spasme de la convergence avec amaurose hystérique, 51.  
 EKBOM (K.-A.). Traitement de l'acroparesthésie par l'acétylcholine, 80.  
 ELINGREN (J.). La psychologie de la haine, 60.  
 EMERIC (Y.), v. *Christly*.  
 ESTIENNE (Guy), v. *Lamarche*.  
 EY (H.). La psychopathologie de Pierre Janet, 176.  
 —. *Discussion*, 284.

## F

- FABRE (Mlle). v. *Boudet*.  
 FAURE-BEAULIEU, SCHAEFFER et SALOFF (Mlle). Malformation complexe du rachis cervical avec syndrome neurologique associé, 50.  
 — et FELD (M.). Quadriplégie polynévritique au début d'un traitement par l'anastaphylotoxine, 80.  
 — et GARCIN (R.). Etude anatomique d'un cas de myoclonies vélo-pharyngo-laryngées, 164.  
 —, CHRISTOPHE (J.) et ISORNI (Ph.). Aréflexie pupillaire et syndrome de Parinaud, 334.  
 FELD (M.). v. *Faure-Beaulieu*.  
 FERDIÈRE (G.). Accidents épileptiques au cours d'une méningite lymphocytaire curable, 47.  
 — et ALBESSARD. Quadriplégie spasmodique et maladie de Bouillaud, 47.  
 —. *Discussion*, 305.  
 —. Psychose aiguë familiale curable, 306.  
 FEUILLET. v. *Abély (P.)*.  
 FOG (M.). v. *Christiansen*.  
 FOLLIN. v. *Laignel-Lavasine*.  
 FOREL (O.-L.). L'électrochoc en psychiatrie, 32.  
 FORT et IGERT (M.). Méningite cérébro-spinale. Danger de la sulfamidothérapie, 197.  
 FRIBOURG-BLANC (A.-J.). L'organisation et le fonctionnement du service de neuro-psychiatrie en temps de guerre, 73.  
 FRIEDMAN (J. H.). Attitude des psychonévropathes vis-à-vis des procédés anticonceptionnels, 180.  
 FRITZ. Circulation rétinienne dans les traumatismes crâniens ouverts, 172.  
 FUS (Henri). Orientation et sélection professionnelles ; concours du médecin, 363.

## G

- GARCIN (Raymond). BERTRAND (I.) et GODET-GULLAIN (Mme). Etude anatomoclinique d'un cas d'atrophie cérébelleuse, 162.  
 —. v. *Faure-Beaulieu*.  
 — et GUILLAUME (J.). Réactions ventriculaires précoces et semi-tardives dans les traumatismes cranio-cérébraux, 164.  
 — et GUILLAUME (J.). Coma et hémiplegie par œdème cérébral méningé

aigu opéré 5 heures après le trauma, 165.

- et GUILLAUME (J.). Association du traitement sulfamidé à la chirurgie des plaies cranio-cérébrales de guerre, 199.

GARNIER. v. *Lhermitte*.

GEHUCHTEN (P. van). Sclérose en plaques, 341.

GERERTZOFF (A.). v. *Caltevaert*.

—. Recherches sur les centres du goût, 168.

—. Connexions thalamo-striées, 168.

—. La physiologie du corps strié, 344.

—. Etat fonctionnel de l'écorce cérébrale au cours de l'hypnose animale, 344.

GERMAIN (A.) et PICARD (P.). Myélite néerotique après injection intrarachidienne de soludagénan. Méningite cérébro-spinale, 198.

GERNEZ (Charles) et HURIEZ (Claude). La méningite à bacilles de Pfeiffer, 184.

GERNEZ (Claude) et HURIEZ (Claude). La sulfamidothérapie de la méningite cérébro-spinale, 377.

GETZOWA (S.) et HALPERN (L.). Phénomène tonique chez le pigeon atteint de béri-béri, 72.

GIRARDIER (J. de). Thérapeutiques sympathiques des gelures, 382.

GODET-GULLAIN (Mme). v. *Garcin*.

—. v. *Guillain*.

GOLDSTEIN et WEINBERG. Propriétés anticonvulsivantes du diphenylhydantoïnate de sodium, 376.

GOURIOU. *Discussion*, 315, 320, 327, 332.

GRAFTON LOVE. v. *Kendree*.

GUILLAIN (Georges), BERTRAND (I.) et GODET-GULLAIN (Mme). Etude anatomoclinique d'une encéphalo-myélite aiguë, 163.

— et CORRE (Mlle). Myélite aiguë guérie par le dagénan, 198.

— et PITON. Méningite syphilitique aiguë, 335.

GUILLAUME (Jean). v. *Garcin*.

GUIRAUD. *Discussion*, 275, 299, 327, 333.

—. *Allocution*, 288.

## H

- HADJI-DIMO (A.) et AJUNIAGUERRA (J. de). Importance neurologique de l'hyperextensibilité musculaire, 182.  
 HALPERN (L.). v. *Getzowa*.

- HARRIS (A.). Cardiazolthérapie de la schizophrénie, 76.
- HARTENBERG (P.). Epilepsie et convulsions infantiles, 186.
- , *Discussion*, 327, 332.
- HARTOG JAGER (W. A. den). L'histamine dans le sang des schizophréniques, 72.
- HAUSSER (Guy) et TRUFFERT (Louis). Influence de l'alcool éthylique ingéré, 384.
- HEERNU (J.). v. *Vermeulen*.
- HERNANDO (T.). Traitement des syndromes neuro-anémiques, 82.
- HELSMOORTEL (Jr.). v. *Radermecker*.
- HENUSSE. L'agoraphobie, 171, 342.
- HERNANDEZ-RAMIREZ (Rafael). Schizophrénie épisodique homicide, 385.
- HESNARD (A.). Les conduites de culpabilité, 351.
- HEUYER. Atrophie musculaire radiculaire consécutive à une explosion, 336.
- HILLEMAND. Méningite cérébro-spinale à liquide clair et lymphocytose rachidienne, 185.
- HOVEN et VANDENDORPE. Deux ans d'insulinothérapie, 51.
- HUGUENIN, v. *Roussy*.
- HURIEZ (Claude). v. *Gernez*.
- HYNDMAN (O.-R.) et JARVIS (F.-J.). Crises gastriques du tabes traitées par chordotomie antérieure, 380.

## I

- IGERT, v. *Forl*.
- ISORNI, v. *Faure-Beaulieu*.
- IZEMINSKA, v. *Plagel*.

## J

- JACQUIN (P.). Les mouvements conjugués des globes oculaires et leurs troubles, 57.
- JACQUOT, v. *Montassut*.
- JANET (J.). Souvenirs et problèmes, 352.
- JANET (Maurice). Systèmes d'équations aux dérivées partielles. Tendances des mathématiques, 352.
- JANET (Michel). Les aptitudes intellectuelles des ouvriers, 353.
- JARVIS (F.-J.). v. *Hyndman*.
- JONESCO-SISETI (M.) et COPELMAN (Louis). Utilité du réflexe psychogalvanique en neurologie, 360.
- JUNG, v. *Leriche*.
- JUSTIN-BESANÇON, v. *Villaret*.

## K

- KAPLINSKY (Z.). Du rôle de l'asthénie sur le processus schizophrénique, 357.
- KENDREE (L. Mc.), EATON, CAMP (J. D.) et GRAFTON LOVE (J.). Calcification cérébrale décelable par Roentgenogramme, 70.
- KLOTZ (H. P.). v. *Villaret*.
- KOGAN (S. J.). v. *Melechew*.
- KOKKEN. Encéphalite post-vaccinale, 54.
- KONSTORUM (S. J.), BARZAC (S. J.) et OKOUNIEVA (Mme E.-G.). Schizophrénie avec obsessions, 356.
- KRAFF, v. *Bosch*.

## L

- LACHAUD (de). v. *Dupérier*.
- LAER (van). Fibro-lipome de la moelle, 169.
- LAFONT (J.). Les phénomènes psychiatriques des premiers jours de guerre en Angleterre, 181.
- LAGACHE (D.). Idées d'infidélité homosexuelle dans la jalousie, 182.
- LAIGNEL-LAVASTINE, BOUVET et FOLLIN. Tentative de suicide par pendaison. Amélioration consécutive de l'état mental, 180.
- , BOUVET et FOLLIN. Encéphalite psychosique azotémique aiguë, 180.
- , *Discussion*, 265, 275, 284.
- , MIGNOT (H.) et MENANTEAU. Délire chronique. Représentations aperceptives ou hallucinations hypnagogiques, 270.
- , VIDART (L.) et DESHAIES (G.). L'anarthrie d'origine traumatique, 276.
- , MIGNOT (M.) et MAURICE (H.). Délire de négation avec idées d'immortalité, 279.
- , PUECH et VIDART (C.). Epilepsie jacksonienne guérie par injection d'air par voie lombaire, 377.
- LAMARCHE (A.), BEAUJEU (J. de) et ESTIENNE (G.). Traitement par l'électrochoc, 251.
- LAMBERT (P.-P.). Traitement de la maladie d'Addison par l'hormone synthétique, 379.
- LANDAU (A.). La thérapeutique bromurée administrée par voie intraveineuse, 195.
- LARUELLE (L.) et MASSION-VERNIORY (L.). Hématome intracérébral non traumatique, 360.

- LECLERC (Henri). Le Sombong, 381.  
 LENORMANT (H.). Nature de la toxine tétanique, 188.  
 LÉONET. v. *Lumière*.  
 LERREBOULET (J.) et PUECH. Hémiplegie avec aphasie par intoxication oxycarbonée. Ventriculographie, 167.  
 LERICHE (R.) et JUNG (A.). Thymectomie pour asthénie avec retard de croissance, 194.  
 —. Traitement opératoire nouveau de la paralysie faciale, 383.  
 LEROY (A.). Traitement de la manie et de la mélancolie, 170.  
 LEROY (Edgar) et MASQUIN (Pierre). Crimes en état de confusion mentale, 83.  
 LEY (Aug.). Infanticide et jalousie, 83.  
 LEY (J.). Démence précoce précocissime, 52.  
 LHERMITTE, GARNIER (J.) et AJURIA-GUERRA. Recherches sur l'alcoolisme expérimental, 189.  
 — et SIGWALD. Myoclonies rythmées du voile au cours d'un syndrome latéral du bulbe, 337.  
 — et SIGWALD. Hypnagogisme, hallucinose et hallucinations, 339.  
 — et BUSSIÈRE de ROBERT (Mme). Hé-morragie de la calotte des pédon-cules cérébraux, 339.  
 LINQUETTE (M.). v. *Demarez*.  
 LOUIS-BAR (Mme). Formes dissociées du syndrome Sturge-Webber-Crabbe, 169.  
 LUMIÈRE (A.) et LÉONET (A.). L'absorp-tion des sels d'or, 196.

## M

- MACDONALD (R.). v. *Watterson*.  
 MAGE (J.). Syringo-myélo-bulbie, 172.  
 —. Cysticercose cérébro-méningée chez un syphilitique, 343.  
 MAILLEFER. v. *Marchand*.  
 MARCHAND (L.), BRISSOT (M.) et MAILLEFER (J.). Sclérose tubéreuse à forme maligne, 69.  
 —, DEMAY (G.), SOULAIAC (A.) et NADASCHER (J.). Délinquance juvénile ; syndrome de démence précoce ; gliose cérébrale évolutive, 265.  
 —. *Discussion*, 270, 279, 328, 332.  
 — et AJURIAGUERRA (J. de). Les accès de rire pathologique chez les épileptiques, 325.  
 — et AJURIAGUERRA (J. de). Suicide chez les épileptiques, 356.  
 MARGINEAU (N.). Généralité et spécificité, 182.  
 MARSHALL (W.) et TARWATER (J. S.). L'histamine et la peptone dans le traitement des névroses et des psychoses, 79.  
 MARTIN (P.). La chirurgie de l'acromégalie, 379.  
 MARTIN-CHRISTOPHE (P.). v. *Christy*.  
 MASCHAS. v. *Chiray*.  
 MASQUIN (Pierre). v. *Leroy*.  
 MASSON-VERNIORY (L.). v. *Laruelle*.  
 MAURICE. v. *Rondepierre*.  
 —. v. *Laignel-Lavastine*.  
 MAYER-GROSS (W.). v. *Walk*.  
 MELECHOW (D.-E.), CHOUINA (S. A.) KOGAN (S. J.) et REZNIK (R. S.). Schizophrénie avec manifestations hystériques, 357.  
 MENANTEAU. v. *Laignel-Lavastine*.  
 METTLER. v. *Clecktey*.  
 MICHON. Hypertrophie musculaire localisée, 48.  
 MICHOTTE (A.). La psychologie expérimentale et le problème des aptitudes, 354.  
 MICUCCI (Mlle M.). La cardiazolthérapie non convulsivante, 58.  
 —. v. *Dupoug*.  
 MIGNOT. v. *Alajouanine*.  
 —. v. *Laignel-Lavastine*.  
 MILIAN. Sciatiques guéries par le traitement spécifique, 381.  
 MINCA (I.). Sérum antitryptique, 199.  
 MINKOWSKI (E.). La droiture, 355.  
 MOLLARET (P.) et SIGWALD (J.). Hypertrophie musculaire et myxoedème fruste guéris par le traitement thyroïdien, 81.  
 —. Syndrome parkinsonien par maladie de Heine-Medin ?, 167.  
 MONIER-VINARD et BRUNEL. Pie-mérite syphilitique, aiguë, 336.  
 MONOD (R.) et BOUDIN (G.). Le traitement sulfamidé dans la méningite traumatique, 198.  
 MONTASSUT (M.) et JACQUOT (G.). Traitement des états mélancoliques par le tribrométhanol, 372.  
 MOREAU (M.). v. *Bogaert*.  
 MORHARDT (P.-E.). Physio-pathologie humaine. Urbanisation et standard de vie, 192.  
 MOUREN (P.). L'hypertension intracranienne syphilitique, 347.

## N

- NAGEOTTE (J.). Amélioration possible du traitement des blessures de nerfs périphériques, 384.

- NAUDASCHER (J.). v. *Marchand*.  
 NEEL (A. V.). Affection du plexus brachial causée par l'hypertrophie de la 7<sup>e</sup> vertèbre cervicale, 66.  
 NOBÉCOURT (P.). Éclampsie chez un garçon de 12 ans atteint d'une néphrosclérose, 186.

## O

- ODIC (Mme Renée). Développement des classes d'ambyopes en France, 372.  
 OKOUNIEVA (Mme E.-G.). v. *Konstorum*.  
 OLRV (J.). v. *Roger*.  
 —. La paralysie générale chez les indigènes musulmans de Tunisie, 346.  
 OSTLIN (S.). Sur les brachialgies, 67.  
 OURGAUD. Syndrome de Parinaud de type associé, 348.

## P

- PACALET (R.). Les encéphalites psychosiques. Évolution et diagnostic, 56.  
 PAULHAS. v. *Roger*.  
 PARVU (N.). Méthode d'évaluation appliquée aux élèves du cours supérieur du lycée, 181.  
 PATEN (G.-A.). v. *Simon*.  
 PAULIAN (D.), THUDOR (M.) et CONSTANTINESCO (Ch.). L'électrocardiogramme dans l'exploration du système nerveux, 183.  
 — et BISTRICIANO (I.). L'histamine et l'ionothérapie histaminique dans les névralgies, 375.  
 PELISSIER (G.). Les petits pervers ; leur utilisation en temps de guerre, 56.  
 PÉRON. *Discussion*, 315.  
 PERRAULT (M.). Le traitement des migraignes, 81.  
 PERRIN v. *Abély* (X.).  
 —. v. *Aupigné*.  
 PERROT. v. *Roussy*.  
 PETIT-DUTAILLIS. v. *Sèze*.  
 —. Compressions radiculo-médullaires par nodule fibro-cartilagineux des disques intravertébraux, 65.  
 —. v. *Decourl*.  
 PIAGET (J.) et IZEMINSKA (A.). Conservation des quantités continues chez l'enfant, 61.  
 PICARD. v. *Germain*.  
 PIERRET (R.) et BRETON (A.). Ménin-gite cérébro-spinale chez l'enfant traitée par sulfamido- et sérothérapie, 378.

- PIQUET (J.). L'exploration radiologique des abcès encéphaliques, 185.  
 PINTO PUPO (P.) et REIS (J.-B. dos). Valeur médico-légale de l'examen du liquide céphalo-rachidien du cadavre, 386.  
 PITON. v. *Guillain*.  
 — et TUFFENEAU. Maladie familiale du type de l'hérédo-ataxie, 167.  
 PLICHET (A.). L'électro-choc en thérapeutique mentale, 193.  
 —. v. *Ravina*.  
 —. Traitement de la maladie d'Addison par l'acétate de désoxycortico-stérone, 379.  
 POROT (A.). L'aleoolisme en Algérie, 73.  
 —. La lutte contre l'opium et les stupéfiants, 97.  
 POURSINS (Y.). v. *Roger*.  
 PRIOLET. v. *Abély* (X.).  
 PROVENCE. v. *Roger*.  
 PUECH. v. *Lereboullet*.  
 —. v. *Laignel-Lavastine*.  
 PUTNAM (T. J.). v. *Brown*.

## Q

- QUERCY et BAYLE. Les fondateurs de la doctrine française de l'aphasie, 209.

## R

- RADERNMECKER et HELSMOORTELT Jr. Tremblement volontaire des globes oculaires, 171.  
 RATHERY (F.) et BOLZINGER (R.). Ménin-gite cérébro-spinale méningococ-cique à début atypique, 184.  
 RAVINA (A.) et PLICHET (A.). Traite-ment des myopathies et de la sclé-rose latérale amyotrophique par la vitamine E, 200.  
 — et PLICHET (A.). Thérapeutique mo-dérne du syndrome de Ménière, 380.  
 RAYNEAU. *Discussion*, 305.  
 REIFENSTEIN (E. C.). v. *Davidoff*.  
 REISS (J.-B. dos). v. *Pinto Pupo*.  
 REYMARKER (de). Un cas de neuroleu-cémie aiguë, 54.  
 REZNIK (R. S.). v. *Melechov*.  
 ROGER (H.). La chimie des instincts génésiques, 367.  
 —. L'intersexualité et les chromoso-mes, 368.  
 —. L'intersexualité et les hormones sexuelles, 370.  
 —. L'intersexualité expérimentale, 370.



- ROGER (H.) et PAILHAS. Gomme syphilitique cérébrale, 48.
- , Diagnostic des crises nerveuses, 62.
- , AYMÈS (G.) et OLRV (J.). Chorée fibrillaire de Morvan chez un Malgache, 63.
- , AYMÈS (G.) et OLRV (J.). Chorée chronique de l'adulte, type Huntington, 63.
- , POURSINES (Y.) et BOUNOURESQUES (J.). Spasme de torsion et métastase cancéreuse du noyan rouge, 64.
- , AYMÈS (G.) et OLRV. Paralyse de l'hémi-abdomen. Lésion funiculo-vértebrale, 65.
- , SANTELLI et PROVENCE. Vertèbre en galette et maladie d'Hodgkin, 65.
- , AYMÈS (G.) et OLRV. Paralyse radiculaire brachiale après injection de sérum anti-tétanique, 67.
- , AYMÈS (G.) et OLRV. La névralgie du fémoro-cutané, 67.
- , AYMÈS (G.) et OLRV. Parésie et contracture névropathique chez un dysentérique traité par l'émétine, 68.
- , AYMÈS (G.) et OLRV. Parésie fonctionnelle après vaccination antityphoïdique, 68.
- , AYMÈS (G.) et OLRV. Acrocontracture physiopathique, post-traumatique de la main droite, 68.
- , POURSINES (Y.) et BERNARD (R.). Hydrocéphalie ventriculaire par arachnoïdite cérébrale, 70.
- ROHRACHER (H.). Recherches sur les processus cérébraux électriques, 71.
- RONDEPIERRE. *Discussion*, 305.
- et MAURICE (H.). Anorexie mentale. Guérison par un coma insulinaire, 310.
- , VIÉ (J.), BARRAT (Mlle) et TREVENOT (M.). Thyroïdectomies et psychoses consécutives, 315.
- ROSCA (Alexandre) et CUPCEA (Salvator). L'influence du milieu social sur la conduite, 386.
- ROUAULT. v. *Chiray*.
- ROUGIER (Mlle). v. *Dupérier*.
- ROQUIER (A.). Les fonctions du lobe préfrontal, 63.
- ROUSSY (G.), HUGUENIN (R.), PERROT (M.) et SARACINO. Sympathome embryonnaire, 331.
- SARACINO. v. *Roussy*.
- SCHAEFFER (H.). v. *Faure-Beaulieu*.
- , Ménninge frontale, 179.
- , La tractotomie trigéminal et les voies centrales trigéminales, 381.
- SCHARF (J. H.). La génoscopolamine. Son utilisation dans le parkinsonisme, 81.
- SCHREIBER (H.-J.). Les astrocytomes cérébraux et leurs dérivés, 54.
- , Etude anatomique de gliomes confrontés avec les expériences neuro-chirurgicales, 170.
- SCHIFF (P.). Psychologie et Criminologie, 177.
- SCHWARTZ et THÉLNI. Ivresse et dosage de l'alcool dans le sang, 189.
- SÉGAL (J.). Les interactions des éléments corticaux et la théorie de la forme, 60.
- SÉZE (S. de). Le traitement des embolies cérébrales et ses bases physiologiques, 80.
- , v. *Claude*.
- et PETIT-DUTAILLIS. Névralgies sciatiques par hernie discale postérieure, 166.
- , Pathogénie de la sciatique dite essentielle, 362.
- SIGWALD (J.). v. *Mollaret*.
- , v. *Lhermitte*.
- SIMON (René) et PATEY (G.-A.). Tétanos de guerre. Action des infiltrations du sympathique, 382.
- SIVANON (P.). v. *Deconrt*.
- SORREL (M. et Mme). v. *André-Thomas*.
- SOUQUES (Achille). Mahomet et la thérapie cutanée, 193.
- , Système nerveux. Anatomie et physiologie d'après Descartes, 315.
- SOULAIRAC (A.). v. *Marchand*.
- SOURDILLE. v. *David*.
- STEEGMANN (A. T.). Encéphalographie consécutive à l'anesthésie, 69.
- STECK (H.). Intoxications professionnelles par des substances anorganiques, 178.
- STERNE (J.). Polynévrites alcooliques, 66.
- STRUMZA (M.). v. *Binet*.
- SZABO (J.). Le traitement par excitation histaminique de l'acidité fonctionnelle dans les psychoses aiguës avec dyspepsies nerveuses, 375.

## S

SALAÏN (J.). Syndrome de Foville, 58.

SALOFF (Mlle). v. *Faure-Beaulieu*.

SANTELLI. v. *Roger*.

## T

TAHER (Mlle S.). La pathologie mentale de l'indigène nord-africain, 55.

TARDIEU. v. *Claude*.

- TARWATER (J. S.). v. *Marshall*.  
 THÉLNI. v. *Schwarz*.  
 TRÉVENOT. v. *Rondepierre*.  
 THIDMSON (J. W.). v. *Corwin*.  
 THOMAS (André) et SORREL (M. et Mme). Fracture du rocher, troubles vestibulaires et réaction méningée, 337.  
 —. Arrêt de croissance du pied après application d'un laes, 337.  
 —. Répercussivité, irritabilité, individualité, 358.  
 THOMAS (D. H. H.). Anodontie et mongolisme, 69.  
 THUREL (R.). Symptômes après les traumatismes de la moelle, 48.  
 —. Contrôle des traumas crâniens récents par le trépan explorateur, 165.  
 —. Contrôle des traumas crâniens anciens par la pneumo-encéphalographie, 165.  
 —. Tumeurs de la région de la glande pinéale, 338.  
 —. Rupture de la lame sus-optique; indications, thérapeutiques, 339.  
 TIFFENEAU. v. *Piton*.  
 TILQUIN (A.). L'orientation de l'Argiope stationnant au centre de sa toile, 61.  
 TITICA (J.). Le traitement par chocs convulsivants des accidents hystériques, 53.  
 —. v. *Ectors*.  
 —. v. *Bernard*.  
 TOURNAY (A.). Visions du demi-sommeil, 338.  
 TRUFFERT (Louis). v. *Hausser*.  
 —. L'intoxication alcoolique aiguë, 385.  
 TUDOR (M.). v. *Paulian*.

## U

- URECHIA (C. I.). Maladie de Pick, 358.  
 —. Myoclonies rythmiques vélo-palato-laryngées et faciales, 361.  
 —. Spina bifida et autres malformations voisines; syndrome du cône terminal, 361.  
 —. Polyradiculo-névrite après angine et otite, 362.  
 —. Polynévrite anémique, 363.

## V

- VACARU (Dimitru). La mesure du sens kinesthésique, 365.  
 VANDENDORPE. v. *Hoven*.

- VANGGAARD (Th.). v. *Christiansen*.  
 VELASQUEZ (J.-V.). L'emploi de la voie sous-cutanée pour l'administration du salicylate de soude, 195.  
 VERMEYLEN (G.) et HEERNU (J.). Démence précoce chez l'enfant, 169.  
 VERSPREUW. Syndrome de Landry, 169.  
 VERSPREUWEN (R.). Maladie de Wernicke à type polynévritique, puis polioencéphalitique, 53.  
 —. L'amyotrophie type Charcot-Marie-Tooth, 341.  
 —. L'encéphalo-myélite disséminée, 341.  
 VERSTRAATEN. Tremblement hystérique guéri par la convulsivothérapie, 35.  
 VIDART (C.). v. *Laignel-Lavastine*.  
 VIÉ (J.). Les problèmes sociaux et économiques du placement familial des aliénés et des psychopathes. Portée médicale et sociale, 1, 421, 224.  
 —. *Allocution*, 293.  
 —. v. *Rondepierre*.  
 VILLARET (M.), JUSTIN-BESANÇON (L.) et KLOTZ (H. P.). Polynévrite urémique, 186.  
 VONDERAHE (A. R.). Modifications histopathologiques du système nerveux dans les cas d'ulcère peptique, 71.

## W

- WALK (A.) et MAYER-GROSS (W.). La thérapeutique convulsivante par le triazol, 156, 77.  
 WATTERSON (D. J.) et MACDONALD (R.). Le mécanisme de la convulsion cardiazolique, 77.  
 WEINBERG. v. *Goldstein*.

- WIBERG (Gunnar). Traitement opératoire de la brachialgie, 82.  
 WORMS (R.). La sulfamidothérapie dans 15 cas de méningite cérébro-spinale, 196.

## Z

- ZAK (N. N.). Modifications séniles du processus schizophrénique, 358.  
 ZEINER-HENRIKSEN (K.). Traitement de la poliomyélite aiguë, 82.

# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

---

## MÉMOIRES ORIGINAUX

---

### LE PLACEMENT FAMILIAL DES ALIÉNÉS ET DES PSYCHOPATHES

*Sa portée médicale et sociale*

PAR

JACQUES VIÉ

### LES PROBLÈMES SOCIAUX ET ÉCONOMIQUES DU PLACEMENT FAMILIAL (1)

La description des modalités du placement familial, si diverses selon les contrées, puis la relativité des indications psychiatriques de ce placement nous ont fait toucher du doigt l'importance de facteurs pratiques, dont il faut maintenant préciser les termes. Les *données administratives* du problème apportent une première délimitation, tout à fait conventionnelle, qui préside au recrutement des malades : en France, seule application aux indigents adultes, internés dans les asiles, possédant leur domicile de secours dans le département de la Seine, et par surcroît,

(1) Voir *Annales Médico-psychologiques*, juin-juillet 1940, page 1 ; et octobre 1940, page 110.

L'Académie de Médecine a décerné à ce mémoire le *Prix Baillarger* (1940).

rarement visités ; en Belgique, absence de toute restriction d'âge, de classe sociale, de provenance et de nationalité. Ceci explique déjà *pour une part*, la divergence du pourcentage des malades bénéficiaires, estimé par des médecins français à 1/10, par le Dr Sano à 8/10 environ...

Mais il y a plus. Nous avons constaté que si, dans l'ensemble, les arriérés et affaiblis formaient partout un contingent important, d'autres catégories se trouvaient indiquées dans certains pays, alors qu'elles ne réussissaient pas ailleurs et inversement : à Gheel, les indications sont maxima ; à Lierneux, elles sont plus voisines des nôtres ; en Suisse, on place beaucoup de schizophrènes — classe il est vrai bien large — et beaucoup de convalescents, par contre Repond élimine les organiques. La Suisse accueille, même dans les familles, des délinquants sexuels, que sans l'ombre d'une hésitation, nous exclurions *a priori*. Enfin le placement familial d'aliénés qui, dans de nombreux pays d'Europe, donne des résultats très satisfaisants, n'est pas pratiqué dans la péninsule balkanique, n'est que peu florissante en Italie, et, fait bien plus curieux, ne s'est pas implanté en Angleterre et n'a donné lieu aux Etats-Unis, jusqu'à ces dernières années, qu'à des tentatives peu fructueuses.

Enfin, il faut bien reconnaître que l'introduction, au sein d'une population normale, de plusieurs centaines — voire même de plusieurs milliers — d'aliénés, même tranquilles, constitue un *phénomène démographique et social* d'envergure, une *véritable expérimentation sociale* qui modifie profondément la structure économique et sociale d'une région.

Aussi ne peut-on plus se borner à dresser un bilan des « avantages et inconvénients » de la colonisation des aliénés, pour aboutir selon les tendances personnelles à faire pencher la balance du côté des philanthropes ou du côté des grincheux. Il n'est pas toujours possible non plus d'inscrire à la colonne des avantages locaux le bénéfice — énorme — que les administrations retirent d'un mode d'assistance à bon marché, dont le prix de journée, toujours inférieur à celui des asiles (10 lei contre 17 lei en Roumanie, 1934, 13 sh. 3 d. contre 21 sh. 8 d. par semaine en Ecosse, 1934), n'en atteint même pas la moitié ou le tiers (10 fr. 13 à Dun et 12 fr. 22 à Ainay contre 24 fr. 06 à Moisselles et 33 fr. 41 à Sainte-Anne en 1934). L'économie est évidente, mais dans le cas particulier de la France, les contribuables de la Seine qui en auront le profit ne sont pas ceux du Cher ou de l'Allier qui n'en connaissent que la présence des malades. Et du point de vue social, comme au point de vue médical, l'argument ne peut entrer en ligne de compte.

Dans notre Rapport à la Réunion européenne d'Hygiène mentale de Bruxelles 1935, nous avons envisagé le placement familial, d'un point de vue objectif, comme un phénomène social, dont nous avons étudié les composantes relatives aux malades, aux nourriciers et à l'ensemble de la population, en tenant compte de la situation économique et naturelle des régions où se pratique la colonisation. Nous avons alors limité notre étude comparative aux établissements belges de Gheel et de Lierneux, français de Dun et d'Ainay qui possèdent le trait commun d'être des *colonisations à peuplement dense* : pour 18.000 habitants, Gheel groupe 3.000 malades, soit un pour six habitants ; la proportion à Dun-ville atteint 550 pensionnaires contre 4.400 habitants, soit 1/8, et pour les quatre communes qui formaient le noyau de la colonie d'Ainay, 600 pensionnaires contre 4.200 habitants, soit un pour sept. Des chiffres aussi élevés objectivent bien le remaniement profond qu'impose à un pays l'existence d'une colonie familiale. Partant de ce type extrême, nous étendrons ici notre information à ce que nous ont appris les autres réalisations qui posent à un moindre degré d'acuité des questions voisines.

### Indications sociales du placement familial

Pourquoi, objectaient autrefois Samuel Garnier (1893), Bourneville et bien d'autres, aux organisateurs des colonies familiales, pourquoi placer les malades dans des familles étrangères, alors qu'il serait plus logique et même encore plus économique de les remettre dans leur propre famille, moyennant une petite indemnité journalière. *Pourquoi le placement hétérofamilial ?*

Sans entreprendre ici d'étude critique du placement homofamilial, ni des conditions de sa réussite, il faut bien constater que le *placement hétérofamilial*, dans un grand nombre de cas, *se justifie et s'impose* pour trois ordres de raisons tirées de la situation de famille des malades, des conditions de vie de ces familles, et enfin des exigences même de la maladie.

1° *La situation de famille* pose souvent une indication formelle : beaucoup de malades sont des *isolés* parfois complets. Ils n'ont plus leurs parents directs, souvent aucun collatéral, et beaucoup sont célibataires.

A Ainay, sur 495 hommes placés au 31 décembre 1934, on relève 411 célibataires, 56 mariés, 19 veufs, 9 divorcés. La prédominance considérable des célibataires est en rapport avec celle

des arriérés : 170 d'entre eux avaient été internés dès l'enfance, avec ou sans tentative de sortie ultérieure. 247, soit 60 % d'entre eux, sont des isolés complets, sans famille ou abandonnés par elle. 17 veufs, 7 divorcés le sont aussi. Tous ces sujets n'ont ni visites, ni correspondants. Ils ne possèdent aucune relation de famille de quelque genre que ce soit.

La mort des parents, dans bien des cas, a donné le signal de l'internement. Nous relevons au hasard l'histoire de plusieurs débilés : le père était mort, la mère meurt à son tour, il est placé ; — le père meurt, la mère ne peut garder son fils, de caractère difficile ; — la mère d'un fils non reconnu meurt, une tante le place ; — le père et la mère d'un débile instable sont décédés, le tuteur le place. Parfois le malade parvenait à se rendre utile à son père, tel un imbécile de 15 ans, qui aidait à porter les outils, le père meurt, la mère l'interne.

Ailleurs, un second mariage du père ou de la mère survivante marque l'heure du placement : voici un imbécile placé au moment où la mère se remarie pour la troisième fois. 34 de nos malades étaient des enfants naturels.

Chez des affaiblis artério-scléreux, l'isolement ajoute son appoint d'inquiétude à celle qui marque si souvent l'époque de l'involution. Deux hommes ont été internés à la mort de leur femme, à la suite d'accès confusionnels. « J'étais avec une femme, elle est morte, ça m'a bouleversé », nous avoue un autre malade et il s'est résigné, après l'accès d'anxiété initiale, à terminer ses jours à la Colonie familiale, lui qui nulle part n'a plus de foyer pour le recevoir. Chez ces vaincus de la vie, l'isolement qui a agi comme facteur pathogène commande encore dans la suite l'indication d'assistance.

Nos hommes mariés ne sont guère mieux partagés, les trois-quarts (41 sur 56) n'ont aucune relation avec leur femme qui, pour plusieurs délirants et alcooliques, redoutent leur retour, nous supplient de garder secrète leur adresse, et s'effraient même à l'idée d'une demi-liberté. Une séparation de fait — dont tantôt l'homme, tantôt la femme a pris l'initiative — réalise mal cette dissolution du mariage que la loi française leur refuse. Et, compensation curieuse, une dizaine de ces sujets, pour qui se sont rompus les liens du mariage, conservent des relations plus ou moins suivies avec des frères et des sœurs, plus pitoyables et plus compréhensifs pour des tares familiales que, sans doute, ils partagent...

Au total, dans notre statistique de 1934, 60 % des malades, presque les 2/3, étaient des *isolés complets*.

Cette situation se trouve beaucoup moins marquée ailleurs. A Dun, on comptait à la même époque, 663 célibataires, 285 mariées, 244 veuves, 63 divorcées. Les femmes, plus expansives, plus communicatives que les hommes, moins redoutées par leurs violences, sont aussi moins délaissées. A Gheel, M. Sano n'avait pas été frappé par une proportion aussi accentuée. A Lierneux, les gens mariés sont en majorité, les sans-famille sont rares.

Ainsi, d'emblée, *ce terrible fléau qu'est l'isolement* constitue-t-il une *première indication sociale majeure*, qui ne joue pas d'ailleurs partout avec une même intensité.

2° *Les difficultés de la vie urbaine* ont sur le placement ou le maintien des malades en placement hétérofamilial une influence particulièrement nette à Dun et à Ainay, où tous les malades sont originaires de Paris. C'est la raison même pour laquelle en France, seul le département de la Seine a dû créer ces institutions. La ville de Lyon avait songé à y placer quelques malades, il y a une trentaine d'années et un traité avait été déjà ébauché entre les deux administrations préfectorales : il n'a joué que pour un seul malade, mais la question avait été évoquée à nouveau devant le Conseil général du Rhône en 1933. A Gheel de nombreux malades sont aussi d'origine urbaine. A Lierneux, 60 % des sujets proviennent de Liège, qu'entoure une vaste agglomération industrielle de charbonnages et de métallurgie, ainsi que de Verviers, centre de l'industrie textile. En Ecosse, les trois grandes cités d'Edimbourg, de Dundee et d'Aberdeen fournissent la majeure partie du recrutement. En Allemagne, plusieurs asiles des environs de Berlin ont organisé le placement familial. En Suède, en Hollande, les villes les plus importantes possèdent des institutions spéciales. En Suisse, Zurich et Bâle-ville surtout ont développé le placement familial. A la campagne, les paysans conservent en effet chez eux les imbéciles, les crétins, les petits persécutés, les déprimés, les déments précoces, etc., pourvu qu'ils ne se livrent à aucune extravagance notoire. Seuls les agités, les sujets dangereux sont internés. Et dans les régions où se pratique le placement familial, à côté des malades confiés aux paysans, les arriérés et les psychopathes légers, natifs de la contrée et conservés en liberté dans leurs familles, apportent à notre thèse une suggestive contre-épreuve.

La ville exclut les idiots, les imbéciles, les débiles profonds de par la faiblesse même de leur niveau mental (Th. Simon). Les débiles simples avaient, naguère encore, quelques chances de se tirer d'affaire lorsqu'ils n'étaient ni pervers, ni délirants, ni trop instables. Mais ils sont les premières victimes des facteurs qui

abaissent le seuil de résistance : le surmenage et surtout l'alcool. De plus, leur vanité jointe aux tentations multiples de la ville, les engage dans des épisodes mythomaniaques où, souvent, leur probité fléchit. Nous avons observé à Ainay de ces débiles qui avaient pu remplir, pendant quelques années, des fonctions de garçons de salle dans les hôpitaux, d'employés au Métropolitain, de garçons de café, etc..., et qui, un beau jour, avaient succombé aux multiples embûches de la vie urbaine. Et la spécialisation croissante des professions avec les examens exigés pour y accéder limite de plus en plus le champ de leurs possibilités : elle crée tout un groupe de désadaptés, d'insuffisants relatifs qui au hasard des circonstances se partagent entre le chômage, la délinquance et l'Asile. Sans être à proprement parler des aliénés, ces sujets ont besoin d'un refuge, que la société ne leur offre plus, et le placement familial présente une solution de ce problème social.

Il devient de même pour ainsi dire impossible de conserver à domicile, dans les grandes villes, des arriérés ou des affaiblis. Tous les membres des familles, souvent, travaillent au dehors ; l'exiguïté des logements, les dangers du gaz, de l'eau, des étages élevés, la gêne causée aux voisins, au concierge, l'encombrement des voies publiques, la facilité des mauvaises fréquentations, la multiplicité des consignes, des signalisations, mettent en évidence les méiopragies cérébrales et contraignent à l'hospitalisation des moins-aptés. Certains sujets cessent de pouvoir être conservés lorsque la situation s'aggrave : tel notre débile profond Ca..., dont le père, cordonnier à domicile, fut contraint d'entrer en usine. Le jeune homme qui travaillait jadis avec lui, ne put trouver d'emploi au dehors : il fallut l'interner. Les sorties précoces de convalescents, recommandées au décours d'accès confusionnels ou dépressifs, deviennent impossibles elles aussi lorsqu'on n'a pas la faculté d'envoyer le sujet trouver à la campagne un repos véritable, loin de la foule, du mouvement et du bruit. Ici encore, le placement familial apporte une ressource utile.

La *seconde indication* capitale du placement hétérofamilial repose donc dans les *difficultés* accumulées qu'apporte la *vie urbaine*.

3° *Il s'en faut enfin de beaucoup que le séjour dans leur propre famille soit recommandable pour tous les psychopathes.* Du point de vue psychiatrique, voilà certainement l'indication sociale décisive. Souvent la famille du malade constitue un milieu de déséquilibre néfaste. « La famille, par sa perversion, son alcoo-



lisme, son immoralité, constitue parfois un vrai danger pour le malade » (Sano). Ailleurs, l'incompréhension de l'entourage alimente le délire, renouvelle les motifs d'affliction, multiplie les remontrances ou cède à tous les caprices. Des fléaux domestiques deviennent anodins dans un autre milieu : souvent des familles nous ont opposé cet argument préalable : « Nous ne parvenons pas à le diriger, à nous faire même respecter de lui, songez à ce qu'il va faire lorsque nous ne serons plus là, lorsqu'il se trouvera chez les autres ». Or, le jeune débile indocile, souvent qualifié de pervers, se comportait d'emblée d'une façon toute différente, et toujours bien plus satisfaisante, dès qu'il se trouvait confié à une famille adéquate. Point n'était besoin d'user d'intimidation, encore moins de violence.

Trop souvent, même lorsqu'il s'agit d'assistance homofamiliale plus ou moins suivie par des médecins ou des enquêteurs sociaux, le séjour des malades dans leur propre famille ne représente, selon le mot très juste de Sano, qu'une *liberté insuffisamment surveillée* et cette impossibilité pour de nombreux psychopathes de rester dans leur famille constitue la troisième indication sociale, la plus générale, du placement hétérofamilial.

### Condition sociale, intellectuelle et morale des nourriciers

Ainsi la personnalité des nourriciers représente-t-elle le facteur le plus important pour la réussite du placement familial. C'est, dit Kate Fraser, « la clef de voûte du système ».

A Gheel, les nourriciers d'autrefois se recrutaient parmi les habitants proches de l'église Sainte-Dimphne et l'on recherchait surtout leur force et leur piété. De nos jours, le placement familial est devenu *une industrie locale*, que les nourriciers pratiquent en vue de recevoir l'indemnité journalière : celle-ci, dans tous les pays, reste relativement faible ; c'est un appoint à de petites ressources plutôt que la rémunération permettant de vivre. Le nourricier fournit la chambre, le mobilier, la literie, l'alimentation du malade, dont il lave et entretient le linge. Les gens d'Ainay et de Dun estiment qu'une personne seule ayant deux pensionnaires, tous frais payés, gagne sa nourriture, qu'elle prend avec eux. Il ne s'agit donc pas d'un métier, à proprement parler, et les nourriciers, ou plus exactement les nourricières, ont en général une profession qu'ils exercent à domicile, et leur permet de surveiller de façon continue les sujets qui leur sont confiés. Recherchons ici quels facteurs influent sur la vocation

des nourriciers, notamment en ce qui concerne leur situation de famille, leur niveau économique, intellectuel et moral.

### 1. — SITUATION DE FAMILLE DES NOURRICIERS

Un fait à Ainay nous avait semblé paradoxal, le nombre élevé de *veuves* figurant parmi nos nourricières : 75 veuves sur 282 nourricières au 10 mars 1935. 60 d'entre elles n'avaient pris de pensionnaires qu'après la mort de leur mari. La proportion en était encore plus élevée à Dun (116 sur 302 à Dun-ville). Il s'y joignait encore à Ainay, 9 célibataires, 3 divorcées, 3 femmes séparées de leur mari, et à Dun-ville 8 célibataires, 4 divorcées ou séparées.

L'isolement, avec la limitation corrélatrice des ressources qu'il entraîne, et aussi avec le besoin de compagnie nettement signalé par les intéressées, constitue aussi, du côté des nourricières, un facteur déterminant. Les veuves sont en général dévouées à leurs malades, elles ne craignent pas, parfois, d'accepter des sujets infirmes ou très atteints : ce n'est jamais sans quelque admiration mêlée d'une ombre d'inquiétude, que nous visitions Mme M. dans sa maisonnette séparée par plusieurs centaines de mètres des autres maisons, au croisement de chemins herbeux, impraticables aux voitures, en plein milieu de la lande, entre les Bruyères-d'Isle et la Forêt. Elle vivait là avec deux imbéciles profonds qui connaissaient tout juste le chemin du Bourg de Valigny où ils faisaient ses courses, l'un riant aux anges, et s'exprimant à peine, se laissant assez bien diriger par l'autre plus valide. Et ce cas, loin d'être isolé, représente l'une des symbioses souvent rencontrées dans les hameaux éloignés de la campagne. Trois veufs avaient conservé, après le décès de leur femme, des pensionnaires auxquels ils étaient très attachés : mais les hommes seuls ne sont guère aptes à la fonction de nourriciers, et cela n'avait été possible qu'en raison de la proximité de leurs filles mariées qui, presque tous les jours, passaient ordonner quelque peu le ménage.

A l'opposé, les charges de *nombreuses familles* poussent les habitants à demander des pensionnaires. A Ainay, 229 nourricières (sur 282) avaient des enfants : 93 en avaient un, 69 en avaient deux, 35 en avaient trois, 19 en avaient quatre, 8 en avaient cinq, 5 en avaient de six à douze. A Dun-ville, 243 nourricières (sur 302) étaient mères de famille. La proportion — et surtout le nombre des enfants — sont encore plus élevés en Belgique. Et, nous l'avons dit, les enfants anormaux sont placés,

à Gheel, dans des familles qui comptent elles-mêmes des enfants : les uns et les autres s'élèvent ensemble et partagent les mêmes jeux. Il n'en est jamais résulté d'inconvénient, on évite seulement de placer des idiots et des épileptiques chez les personnes qui ont des enfants en bas âge.

Dans toutes ces familles, le malade, qu'il soit enfant ou adulte, ne constitue qu'un enfant de plus — et qui rapporte — dans la maison.

2. *Le niveau social et économique* des nourriciers se définit en général par la petite condition, les faibles ressources, les très minimes disponibilités monétaires. Tous les nourriciers, en France et dans la majorité des pays, appartiennent à la *classe* populaire. Ce sont partout des artisans, de petits commerçants et surtout une grosse majorité de cultivateurs.

Pour Ainay, nous relevons en 1935 : 98 petits cultivateurs et 10 cultivatrices, 59 journaliers et 29 journalières, une quinzaine de petits commerçants et d'artisans, quelques ouvriers travaillant aux industries du bois (bûcherons, sabotiers, rouliers, charbonniers), 4 cantonniers, 2 gardes-champêtres, 1 facteur. A Dunville existe une forte prédominance des ouvriers agricoles (195 sur 302 nourriciers) contre 60 petits rentiers sans profession, 23 fermiers, 10 petits propriétaires, 14 commerçants ; il faut faire une place spéciale à d'anciens mariniens qui, après une vie de navigation sur les canaux, se fixent à Dun et deviennent de très bons nourriciers. A Lierneux, ce sont surtout de petits fermiers et des ouvriers bûcherons.

A la fin de notre séjour à Ainay, quelques rentiers commençaient à prendre des pensionnaires. Certains venaient s'installer à Ainay dans ce but. Une veuve avait réalisé ses biens pour acheter une maisonnette à l'entrée de la forêt de Tronçais et recevait trois pensionnaires souvent difficiles, auxquels elle prodiguait des soins dévoués. Il y a là l'amorce de toute une nouvelle orientation qui ouvrirait à Ainay des possibilités plus larges.

Souvent, les nourriciers sont propriétaires de leur maison, qu'entoure un petit enclos. C'est une circonstance très favorable qui est signalée également à Dun, à Gheel, à Lierneux, etc. La plupart des cultivateurs sont métayers ou petits fermiers. Beaucoup de journaliers sont locataires de maisons avec un terrain attenant, que les malades aident à cultiver, ils y trouvent une occupation tout en fournissant un appoint utile. Bien des femmes seules peuvent, grâce aux malades, continuer à se procurer des légumes et entretenir un petit élevage. En Italie, la disposition d'un terrain où peuvent travailler les malades figure même parmi les conditions réglementaires.

La situation des paysans dans la région d'Ainay se montre très précaire. Métayers ou petits fermiers, ils dépendent soit de petits propriétaires aux moyens réduits, soit de fermiers généraux souvent rapaces auprès desquels ils ne sont guère que des ouvriers agricoles. On éprouve de grandes difficultés pour obtenir des aménagements même minimes des lieux, faire agrandir une fenêtre, ou tout au moins comme nous l'avons préconisé, munir une porte de panneaux vitrés mobiles qui suppléent à l'insuffisance d'une lucarne, etc... Se voyant refuser toute réparation, nos paysans changent très souvent de domicile. Tous les trois ans, « ils font la Saint-Martin », et le jour du 11 novembre, c'est un pitoyable exode ; comme le dit Jacques Chevalier, le philosophe qui dans un style si poétique a célébré la Forêt de Tronçais, « on croirait à une migration de peuples : partout de Cérilly aux Chamignoux, on rencontre de petites voitures chargées de meubles que les tenanciers déménagent ». Pour nos pensionnaires, c'est une circonstance fâcheuse, qui nuit à la stabilité des placements, et que les propriétaires prennent pour prétexte de leurs refus d'améliorations. Certains autres élèvent le prix des loyers lorsqu'ils s'aperçoivent qu'une chambre, qu'un ancien four peut recevoir des malades. Nous avons vu un fermier général diminuer le salaire d'un ouvrier agricole logé, lorsqu'il a appris que celui-ci avait la place d'héberger des pensionnaires.

Gheel jouit à cet égard d'une situation privilégiée. La population, dans l'ensemble, paraît plus aisée. Et si en France, on accepte dans un esprit philanthropique, des nourriciers malheureux, en Belgique, on exige un certain niveau économique avant d'accepter la candidature. L'existence de plusieurs classes de placement crée une émulation profitable. On économise pour obtenir d'abord un pensionnaire, puis on améliore sa situation dans l'espoir d'en recevoir d'autres d'une classe supérieure. Enfin, grosse différence avec les autres lieux de placement, les commerçants et les bourgeois reçoivent dans leurs intérieurs confortables, luxueux même, les *malades payants* dont la présence est *le stimulant le plus actif de l'effort vers le mieux*. Ici l'égalité se fait dans la tendance à un idéal supérieur, tandis que très souvent, il faut lutter, ailleurs, pour qu'elle ne se réalise pas dans la médiocrité.

3. *Le niveau intellectuel* présente des variations parallèles. Les nourriciers de Lierneux, de Dun, d'Ainay savent à peu près tous lire et écrire. Nous avons encore à Ainay, parmi les très vieilles nourricières, 45 illettrés (sur 282). Par contre, une douzaine pos-

sédaient leur certificat d'études. Aucune ne dépasse le degré d'instruction primaire.

Ne craignons pas de le dire : il y a là un fait très regrettable. Certes le dévouement ne dépend en rien du degré d'instruction. Mais éclairé par des notions plus étendues, comme il se révélerait plus efficace ! Comme les nourricières deviendraient mieux ces collaboratrices des médecins que souhaitait Auguste Marie ! Il est indiscutable qu'un minimum de culture est nécessaire pour recevoir des malades plus affinés et même certaines catégories de psychasthéniques portés à l'introspection, de déséquilibrés raisonnants ou hypocondriaques auxquels il est nécessaire de donner un peu la réplique pour conserver sur eux une action. Les uns et les autres, lorsqu'on ne les entretient pas avec pertinence de leurs maux, souffrent de se sentir incompris.

Cette lacune limite les indications psychiatriques d'Ainay, et souvent nous avons regretté, pour les malades plus sensibles ou plus intellectuels, de ne pas disposer d'une gamme plus nuancée, même parmi les habitants du bourg, dont les aptitudes à la conversation sont plus développées par les contacts journaliers.

L'utilité des connaissances techniques a fait choisir, comme premiers nourriciers, alentour des asiles qui adoptent la formule périhospitalière, et notamment en Allemagne, les familles d'infirmiers en activité ou d'anciens infirmiers retraités. Ils ont l'habitude des malades et la volonté de réussir la tentative. En Ecosse, le Dr Fraser disait à Ed. Toulouse, lors de sa visite de 1898, que d'anciens infirmiers d'asile paraissaient souvent trop enclins à la sévérité vis-à-vis des malades.

Trois de nos nourriciers à Ainay étaient d'anciens infirmiers de la Colonie : ils avaient tenu à conserver dans leur retraite des malades auxquels ils demeuraient attachés depuis de longues années : un infirmier en exercice était un très bon nourricier.

La réussite de *cours de perfectionnement aux nourriciers* exige elle aussi de leur part un niveau intellectuel minimum. A Gheel, depuis Peeters (1902), une trentaine de nourriciers suivent assidûment, l'après-midi de chaque jeudi, les leçons que leur font les médecins suivant la conception des cours de la Croix-Rouge. Des essais faits à Dun ainsi que dans ses annexes depuis quelques années ont porté sur les soins d'urgence ; de vieilles nourricières sont venues, elles ont fait preuve de bonne volonté, mais elles ont tiré bien moins de profit des conférences que de l'enseignement épisodique reçu à l'occasion d'incidents vécus ; celui-ci seul semble profitable. A Ainay, notre successeur, le Dr Sivadon, s'est engagé dans une voie nouvelle en acceptant,

à titre d'élèves libres, quelques filles de nourriciers munies d'une instruction générale suffisante, lors des cours de préparation au diplôme d'infirmiers des asiles. Qu'advient-il de ces jeunes filles ? Seront-elles à leur tour de bonnes nourricières rurales, ou augmenteront-elles seulement le nombre des candidates aux fonctions d'infirmières des asiles, l'avenir seul l'apprendra...

La diffusion de l'instruction en Suisse permet le placement des malades difficiles qui exigent une surveillance délicate. La population suisse, tout en restant rurale, trouve dans les petits centres, si nombreux dans ce pays, les avantages de la vie urbaine sans en ressentir tous les inconvénients. Il suffit de parcourir la bibliographie d'un ouvrage d'enseignement destiné aux infirmiers, tel que l'excellent précis de Morgenthaler et O.-L. Forel sur le « Traitement des malades nerveux et mentaux ». On le saisit d'emblée, on se trouve en présence d'un autre niveau d'instruction que chez nous. Aug. Forel, Freud et Kretschmer y voisinent avec Hesnard, Lhermitte, Minkowski, Toulouse et Wallon. Dans ces conditions, on peut espérer des nourriciers une formation technique égale à celle de nos infirmiers. Il est évident qu'alors, les possibilités sont autres, et que l'on peut opérer ici une œuvre véritable de rééducation méthodique.

4. Mais l'utilité d'un niveau intellectuel meilleur n'a d'intérêt que pour mettre à profit la *valeur morale* du nourricier : *cette valeur morale conditionne l'existence même du placement.*

Comment préciser cette valeur morale ? L'an dernier, à Lugano, nous avons considéré comme l'un des comportements fondamentaux de l'homme, ce besoin tout spontané de compréhension mutuelle qui pousse chaque être à entrer en synchronisme biopsychologique avec ses semblables. M. Sano, dans son rapport sur l'*Adaptation du malade mental à son milieu* (1924), œuvre si pénétrante et si humaine de compréhension, définit le triple besoin d'affection, de protection et d'idéalisme qui marque chez l'aliéné la survie de son « Moi ». La valeur morale du nourricier se mesure par la manière dont il répond à l'attente affective du malade.

On a voulu attribuer à cette psychothérapie toute spontanée une base théorique. La piété profonde qui règne dans les pays flamands, l'origine mystique de la Colonie de Gheel ont désigné les sentiments religieux comme plus spécialement favorables. Nous ne le croyons pas, car en dépit des pratiques du culte, l'esprit évangélique demeure malgré tout exceptionnel. A Lierneux, les gens du pays sont pieux, mais nullement idéalistes, plutôt après au gain et très attachés à leurs intérêts matériels.

Néanmoins, dans l'ensemble, ils sont bons pour leurs malades. En France, l'attitude des nourriciers vis-à-vis de la religion se révèle très diverse, et nous n'avons jamais pu constater de rapport entre les modalités de leur spiritualité et le dévouement qu'ils témoignaient aux malades. « Pour faire quelque chose de vraiment bon, disait au D<sup>r</sup> Meeus, directeur de Gheel, le D<sup>r</sup> Enrico Ferri, on doit partir d'un idéal : idéal humanitaire, esthétique, religieux, peu importe ! Je comprends et j'apprécie maintenant mieux votre institution : son âme est là, dans le sanctuaire de Sainte-Dimphne. »

Mais souvent, dans l'âme fruste de nos paysans, l'idéal demeure informulé. Si les habitants recherchent le profit en prenant des pensionnaires, la facilité avec laquelle ils s'attachent à eux démontre la réalité d'un fond de charité et de solidarité toute spontanées, resté latent jusque-là, et que la présence du malade objective d'une façon bien touchante.

Cette affectivité électivement éveillée par le malade mental se révèle plus vive encore chez deux de nos nourricières, qui avaient soigné l'une son mari atteint d'épilepsie traumatique, l'autre son fils dément paranoïde. Deux autres, elles-mêmes atteintes de psychose périodique dont les accès mélancoliques très espacés n'avaient pas reparu depuis de longues années, se montraient, comme les précédentes, d'un dévouement remarquable pour leurs pensionnaires.

Le milieu, dans l'ensemble, doit être *simple, bon, calme* et *moral*. La régularité de la vie, son caractère familial, l'absence de dissensions, une probité foncière, l'estime réciproque sont infiniment souhaitables. Un règlement ne peut imposer ces conditions, pourtant nécessaires à la réussite.

L'ambiance de Gheel bénéficie de l'influence du temps. Depuis douze siècles, l'aliéné fait partie intégrante du milieu : le malade est un membre indispensable de toute famille. La sœur d'une nourricière de milieu bourgeois nous disait : « Voilà que mes enfants grandissent, je vais pouvoir disposer d'assez de temps pour prendre des malades ». Les parents, grands-parents, les aïeux de ces deux sœurs avaient toujours hébergé des pensionnaires : elles continuaient l'œuvre familiale traditionnelle.

En Ecosse, le D<sup>r</sup> Kate Fraser signale « l'élément héréditaire du gardiennage ». Les enfants de ceux qui ont « gardé », « garderont » ; c'est une règle. Ils en ont l'expérience vécue, la patience nécessaire et la compréhension spontanée. A Ainay, à Dun, qui atteignent à peine le cinquantenaire, de semblables familles s'établissent en nombre toujours croissant ; à la mort

des parents, les malades passent chez les enfants, et la tradition se perpétue et s'élargit.

Au soir de sa visite à Dun, lors du trentenaire (1922), le D<sup>r</sup> Sano, après avoir parcouru les ruelles de la vieille cité, se rendit chez une vieille nourricière, Mme Jolivet, qui avait été l'une des premières collaboratrices d'Auguste Marie. « A contempler le respect dont l'entourait sa nombreuse descendance, dit Sano, à surprendre surtout les regards délicieusement étonnés de ses petits enfants, je fus pris d'une rare émotion. *Car je voyais naître là, devant moi, une tradition de Bonté et de Dévouement.* »

Pour que cette tradition donne tous ses bienfaits, accordons lui le temps de s'épanouir...

### Situation économique et naturelle des lieux de placement

Le succès de Gheel, ainsi que toutes les conditions morales que nous venons de passer en revue, ainsi que les résultats de toutes les expériences de placement, aboutissent à considérer comme les meilleures des régions essentiellement agricoles, d'un niveau économique plutôt faible, pourvues de grands espaces libres où les malades puissent circuler à l'aise, et situées loin des agglomérations industrielles et des grandes voies de communication.

La population doit être peu dense et peu évoluée, susceptible d'apprécier la rémunération journalière qui leur est allouée, elle doit offrir le milieu psychologique très simple propre à une réadaptation toute naturelle, qui n'exige pas d'effort réciproque. Elle doit être sobre, hospitalière et tolérante.

Les mêmes desiderata se retrouvent sous la plume de tous les auteurs. A. Gross, dans le *Traité d'Aschaffenburg*, recommande « une contrée rurale, habitée par une population raisonnable, de caractère affable et patient, d'une certaine intelligence et d'un bien-être moyen. Ces indications sont réalisées, dit-il très justement, par de petites villes de campagne, qui jadis ont connu de meilleurs temps et qui, par suite, disposent de plus de place que la population réduite en nombre et en confort n'en peut utiliser. Les habitants, petits employés, artisans, forestiers ont un besoin particulier de l'argent liquide qui arrive dans les familles comme rétribution des nourriciers ».

Ces lignes, écrites en 1912, s'appliquent avec une totale exactitude à Dun et à Ainay que, certes, A. Gross n'avait jamais visitées. Paetz (1893) excluait complètement le voisinage des



grandes villes, de l'industrie, de la circulation intensive qui engendrent des tendances destructrices chez les habitants qui les peuplent. Des ruraux il attend, au contraire, un bon sens solide, intelligent et de la bienveillance.

Nous rapprocherons de ces considérations les obstacles auxquels s'étaient heurtés les premiers essais de placement familial en Amérique. Les nourriciers ne montraient souvent pas la probité ni la conscience nécessaires. Ils ne songeaient qu'à l'utilisation des malades pour des travaux rémunérateurs. Ils n'avaient en rien la mentalité d'infirmiers attachés à une œuvre de thérapeutique médicale.

Il est curieux de constater combien est profonde la similitude économique et naturelle des grandes régions de colonisation : Gheel en Campine, Lierneux dans les Hautes-Ardenes, communes très étendues ; Dun et Ainay-le-Château avec les villages adjacents, aux confins du Berry et du Bourbonnais, réalisent avec beaucoup de points communs les conditions souhaitées. On peut même se demander, avec Sano, si des éléments d'ordre matériel, géologique et naturel ne prennent pas une importance comparable à celle de l'élément moral pour garantir la survie et le succès de ces institutions.

Gheel se trouvait autrefois loin de toute voie de communication, dans un isolement complet. C'était un véritable désert, marécageux dans sa partie Nord, plus sablonneux vers le Sud, recouvert de petits bois et de maigres bruyères. Esquirol, Henri Conscience, Dickens en ont décrit la grande pauvreté. Peeters, dans sa « Betty », 1882, Meeus dans son livre « Gheel, het Paradijs der Krankzinnigen », 1900, ont fait connaître l'état dans lequel était restée toute la partie Sud du territoire de la commune, la Bruyère de Winkelom, dont les habitations isolées dans la lande, aux abords des bois, reçurent les aliénés violents, turbulents, indécents, et ceux qui exigeaient des mesures disciplinaires spéciales.

Peu à peu, tout cela s'est modernisé, Gheel est accessible par chemin de fer, le commerce s'est développé, et M. Sano ne nous désignait pas sans quelque inquiétude pour l'avenir, sur l'horizon occidental du territoire, les hautes cheminées du groupe industriel d'Oolen, où l'on prépare le radium. C'est là que vont maintenant, tous les jours, travailler à bicyclette, la majeure partie des ouvriers gheelois dont les femmes restent les bonnes nourricières de toujours. Une sorte d'équilibre paraît se maintenir entre le passé traditionnel et l'industrie qui grandit aux limites de la Colonie sans tendre à l'envahir.

A Lierneux, sur le plateau des Hautes-Ardenes, la région est uniquement agricole et plutôt pauvre. Le sol très maigre, rocailleux, schisteux, très accidenté, exige d'énormes efforts de la part des paysans qui n'en tirent qu'un faible rendement de seigle et de pommes de terre. Il y a aussi beaucoup de bois dont l'exploitation occupe une partie des hommes, les autres sont de petits cultivateurs éparpillés dans les fermes aux alentours de quatorze hameaux.

Dun et Ainay-le-Château présentent avec Gheel et Lierneux des analogies curieuses : *Heyden*, de Gheel, et *Breures*, d'Ainay, sont des landes couvertes de bruyères et de buissons à l'herbe peu fournie, vestiges de la grande forêt européenne qui autrefois recouvrait la totalité du territoire. Les pierres ferrugineuses, fortement teintées d'ocre, qui strient les piliers de Sainte-Dimphne se retrouvent dans les murs de l'église Saint-Etienne de Dun. Dun se trouve sur un sol aride, différent de la riche plaine berrichonne toute proche. Ainay s'appuie au Sud, sur la vaste forêt de Tronçais, qui, géographiquement et économiquement, la sépare du reste de l'Allier, mais qui, au point de vue climatique, joue le rôle d'un puissant régulateur et met la région à l'abri des sautes trop brusques de température. Les maisons sont, autour de Dun, mieux groupées le long de bonnes petites routes et se prêtent davantage à la vie sociale. A Ainay, les bûcherons, les petits métayers et les ouvriers agricoles sont éparpillés au fond de chemins d'abord souvent malaisé, qui isolent plus qu'ils n'unissent, et par là se montrent plus propices au placement des hommes. Dans les deux localités, d'ailleurs voisines, au milieu du même cadre reposant et agreste, habite une population calme, patiente, très attachée à son terroir, bien qu'elle soit obligée de lui disputer âprement de maigres ressources.

Les récits des voyageurs nous révèlent l'individualité profonde de l'Ecosse, qui s'est atténuée dans les centres industriels pour se conserver dans les contrées moins évoluées. Les sept comtés du Sud-Est qui représentent à peine le quart de la superficie groupent les deux tiers de la population. Partout ailleurs, celle-ci demeure disséminée et exclusivement rurale. Son hospitalité est proverbiale, que ce soit dans les hauteurs du Sud, aux croupes couvertes de bruyères et de pâturages semées de grosses fermes, ou dans les Highlands aux immenses tourbières et dont le déboisement a fait la ruine, partout la nature est sauvage et rude. On comprend fort bien le caractère dispersé du placement familial, dans cette vaste étendue, et le faible taux des malades ; l'espace dont chacun dispose explique à la fois les modalités du système ainsi que ses parfaits résultats.

L'homme ne s'explique pas tout entier par le sol sur lequel il vit. Mais il subit les conditions physico-chimiques du terrain et du climat, et ces données, par ailleurs, surtout dans les stades sociaux primitifs, imposent à son effort des buts et des limites. Des données voisines, régions agricoles, de fertilité limitée, grands espaces couverts de landes, de marais et de bruyères, au voisinage de forêts dont elles traduisent la dévastation, ont créé des groupements humains disséminés, faits d'individus ne disposant que de petites ressources, astreints à un labeur peu productif, manquant parfois d'initiative, mais calmes et tenus dans l'éloignement des dispendieuses habitudes de la ville. Voilà le milieu électif qui s'est toujours et partout montré favorable au développement du placement familial, dès qu'il doit acquérir une densité tant soit peu élevée.

### Conséquences économiques et sociales du placement familial

Cette partie de notre travail pourrait s'intituler : *la Colonie et le pays*. Il est indiscutable que la présence de nombreux malades imprime à la région où elle s'exerce un cachet particulier. Elle n'en modifie pas seulement l'aspect pittoresque, mais aussi la structure économique et la vie sociale. Dans le cas de la Colonie familiale, elle entraîne *une véritable spécialisation locale*.

Cette situation présente des avantages et des inconvénients, que dans un intéressant Rapport de 1925, notre prédécesseur, le Dr Ameline, avait bien mis en balance pour la Colonie d'Ainay. A Gheel, où toutes les classes de la société participent à l'œuvre commune depuis un temps immémorial, la Colonie ne rencontre pas d'adversaires, un même esprit anime la population tout entière dans un élan de sympathie univoque.

Il n'en est pas de même à Dun ou à Ainay. La Colonie, plus récente, se heurte dans le pays même à quelques détracteurs qui *pourtant* participent aux avantages matériels sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure. Mais il est exact qu'en fait *l'ambiance morale de la Colonie se limite à une partie, la plus pauvre, de la population*. L'élément aisé ou bourgeois, si restreint à Ainay, plus important à Dun, assiste en spectateur étranger au phénomène du placement familial qu'il subit comme une contrainte désagréable. Aussi nous semble-t-il bien désirable qu'à côté des indigents, la Colonie puisse — à titre de placements volontaires directs, par exemple — accepter des malades payants d'origines diverses. Les premiers temps, il n'y aurait à Ainay ou à Dun que

peu de places disponibles. Puis la pénétration s'opérerait d'elle-même. Lierneux ne compte sur 300 malades placés qu'une quarantaine de « payants ». Cela suffit pour neutraliser toute une série de critiques auxquelles la colonisation peut être en butte. Et cela contribue à relever la tenue des placements, — et la tenue des malades. *Une participation affective totale est la condition d'un assentiment unanime.*

#### INFLUENCE DE LA COLONIE SUR L'ÉCONOMIE LOCALE

Avant la colonisation, Dun et Ainay étaient des villes mortes. L'activité commerciale et industrielle y restait très réduite. Dun avait de nombreuses maisons fermées. Ainay, malgré ses scieries, son petit trafic de bestiaux et de volailles, ne retrouvait pas la prospérité que lui valut un instant, au <sup>xix</sup><sup>e</sup> siècle, le fonctionnement éphémère d'une porcelainerie, et le voisinage des forges de Tronçais, dont la décadence progressive s'est terminée par la fermeture récente. Lierneux n'était qu'un bourg sans importance.

Partout la colonisation s'est accompagnée, pour l'ensemble du pays, d'une *reprise économique* sensible.

La présence d'argent liquide, qui manque surtout dans ces régions pauvres, en a été l'instrument. Le budget de la Colonie, qui atteignait en 1934, 15 millions à Gheel, 4 millions à Dun, 2 millions à Ainay, se répand sur toutes les classes sociales. Pour les trois-quarts, il est constitué par les journées des nourriciers : chez eux il apporte l'aisance. Tout entière cette somme se répartit sur les commerçants locaux : boulangers, épiciers, bouchers, etc...; elle diminue le crédit, qui reste le fléau du petit commerce à la campagne : chaque mois, après la « paye », le montant s'en distribue pour acquitter les dépenses mensuelles. Les traitements du personnel n'en représentent qu'une faible fraction. Mais la plupart des fournitures du centre : pharmacie, habillement, chauffage, ameublement, literie, etc..., de même que l'entretien des bâtiments avec tous ses accessoires se font par l'intermédiaire des commerçants et artisans du pays, dont les affaires se sont bien développées. L'hôtellerie enfin a profité du va-et-vient des parents de malades qui, bénéficiant des conditions spéciales de voyage, visitent en nombre assez grand les pensionnaires. Les municipalités n'ont pas dans nos communes à distribuer de secours aux vieillards, qui presque tous ont des pensionnaires. Lorsqu'est venue la grande crise économique, avec la fermeture d'usines qui, dans les petites villes voisines, occu-

paient un nombre appréciable d'hommes et de jeunes femmes d'Ainay, nous avons enregistré un nombre plus grand d'offres de placements que nous nous sommes efforcés de satisfaire. Les communes, ici encore, n'ont pas eu à créer de caisses de chômage. La Colonie diminue donc sensiblement les charges communales d'assistance.

Une incidence moins appréciée de cet apport monétaire a été le relèvement du prix des loyers qui, auparavant, était tombé à un taux infime. Par contre, la colonisation n'a pas entraîné d'augmentation du coût de la vie, qui s'est conformé aux fluctuations générales de la région.

Le développement économique des régions de placement a pris, grâce à la collaboration des malades, un second aspect sous forme de *progrès d'ordre agricole*. L'exemple le plus typique en est la transformation, à Gheel, de la Bruyère de Winkelom (Winkelomheide) qu'exposait, en 1932, le D<sup>r</sup> Van Doninck devant la Société belge de Médecine mentale. Van Doninck a suivi, à l'aide des documents cadastraux et des Archives de la Colonie, le développement parallèle du défrichement et de la colonisation. C'est en décembre 1855 qu'y furent conduits les deux premiers malades, dont l'un avait été placé, à la suite d'un vol, et l'autre pour sa turbulence. En 1856, il y avait 459 habitants sur le territoire inculte de 800 hectares, et Bulckens y envoyait les turbulents, les criards, les tapageurs qui, dès lors, dans la bruyère, pouvaient « sans inconvénient pousser leurs vociférations, donner libre cours à leur exaltation », ce qui rendait la paix au centre de la Colonie. Dès 1866, on comptait déjà 624 habitants. Disposant d'argent et de travailleurs, ils ont pu réaliser des progrès importants, cultiver la terre et se faire de nouvelles ressources. En 1900, avec 725 habitants, Winkelomheide devenait une paroisse avec son église, son école, son administration autonome. La population compte aujourd'hui 1.086 habitants répartis en 199 familles dont 123 nourriciers. Le territoire de Winkelom, que l'on traverse en arrivant à Gheel par la route de Diest, apparaît semé de ses petites fermes, très rustiques qui, entourées de leurs jardins et de champs, forment autant d'îlots cultivés et de bouquets d'arbres dans le paysage aujourd'hui moins désolé de la lande.

Partout de grands progrès ont été accomplis dans le domaine de l'*hygiène* et du *confort*. Nous avons pu constater nous-mêmes, dans la section de Steelen, le remarquable effort de modernisation des habitations qui s'est accompli dans toute la région de Gheel. Quelques maisons ont conservé le toit de chaume, mais

l'intérieur a été restauré selon les indications médicales. Les chambres des nourriciers, comme celles des pensionnaires, sont plus vastes, mieux aérées, plus utilisables qu'autrefois. Les gens plus aisés contruisent des maisons beaucoup plus confortables. Partout, la propreté est méticuleuse.

A Lierneux, le Dr Ch. Massaut constate le développement des notions d'hygiène. Les nourriciers s'habituent, pour eux-mêmes, à la propreté que l'on exige pour les malades. Ils entrent plus facilement en rapport avec les populations des villes grâce aux transferts, aux allées et venues des parents de malades.

Les mêmes facteurs agissent à Dun et à Ainay. A Dun, d'anciens mariniers ont fait construire, pour recevoir des pensionnaires, de petits logements d'un type un peu uniforme, mais confortables et aérés. A Ainay, les progrès sont plus lents, car le pays reste pauvre, les habitants sont peu entreprenants, trop routiniers, et la fréquence des déménagements n'encourage pas aux réparations.

Cependant, sous la pression continue des médecins et des infirmiers-visiteurs, ils ont édifié des cabinets d'aisance, bien humbles baraques de bois ou de « croutes » (écorces), que leur procurent les bûcherons ; ils ont ouvert ou agrandi des fenêtres, ils passent à la chaux les murs des chambres. Mais trop souvent, et combien de fois ne l'avons-nous pas déploré, ils n'étendent pas à eux-mêmes le bien-être exigé pour les pensionnaires : ils le considèrent comme un luxe, et leur propre chambre reste moins bien tenue, moins aérée, plus encombrée que celle des malades !

A Ainay et à Dun, les nourriciers ont droit à un bain gratuit par mois au Centre de la Colonie, le public peut également venir s'y baigner moyennant une rétribution minime.

Quoi qu'il en soit, ici encore, l'influence de la Colonie familiale est indiscutable. Au contact du personnel médical, les notions d'hygiène gagnent du terrain et peu à peu dans le public pénètre cette aspiration au mieux-être, qui constitue le véritable stimulant du progrès.

#### LE PROBLÈME DU TRAVAIL DES MALADES : SES INCIDENCES SOCIALES

Le problème du travail des malades présente, *du point de vue social*, des aspects complexes.

La position n'en est pas la même dans tous les pays, qui ne possèdent pas les mêmes ressources en travail, où les malades

placés et, partant, leurs possibilités de travail, ne sont pas les mêmes, non plus que la réglementation qui s'y applique.

A Ainay et à Dun, les malades disposent librement de leur travail ainsi que de la rémunération obtenue. Ils ne sont astreints à aucun travail, et s'ils travaillent, ils ne sont pas obligés de le faire pour leurs nourriciers. Souvent même, en pratique, les pensionnaires d'une maison travaillent chez un autre nourricier, et ils espèrent ainsi obtenir un gain supérieur. A Gheel, à Lierneux, en Ecosse, les malades ne sont pas non plus astreints au travail, mais s'ils s'occupent, ce doit être avec leurs nourriciers. En Italie, en Allemagne, nous l'avons dit, des essais d'ergothérapie dirigée visent d'autres catégories de malades.

*L'immense majorité des malades s'occupe*, mais certains ne peuvent rendre que des services si menus et si intermittents qu'on ne saurait parler de travail à leur sujet. D'autres se livrent à des spéculations tout à fait improductives. Il en est enfin qui se créent des occupations d'ordre intellectuel ou artistique rappelant une profession antérieure ou réalisant des aptitudes latentes. Ils n'entrent pas ici en ligne de compte, seuls les *travailleurs manuels* nous intéressent, c'est-à-dire ceux qui appliquent une partie de leurs forces physiques à des fins utiles pour les habitants.

Au début de décembre 1934, sur 500 malades placés, 380 rentraient dans cette catégorie. Leurs capacités très inégales les répartissaient en trois classes bien distinctes : un tout petit nombre de *bons travailleurs* (15 à 20), capables d'un travail régulier dans une branche spécialisée ; d'autres plus nombreux (environ 80) font une besogne de journaliers, de *manœuvres*, mais en général ne peuvent l'exercer avec régularité. Les derniers forment la masse (près de 280), ce ne sont que d'humbles *bricoleurs*, réduits aux tout petits travaux !

Ceux-ci ne soulèvent aucune question : gens de petit service, à l'activité restreinte, à l'initiative pour ainsi dire nulle en dépit de leur complaisance, ils ne peuvent accomplir que des actes élémentaires, toujours identiques. Ils apportent à de pauvres gens, à des veuves, à des nourriciers chargés de famille, un peu de facilité dans l'accomplissement de la tâche quotidienne, en somme un peu de bien-être. Ils ne prennent la place de personne : avant qu'ils ne soient là, les habitants peinaient davantage, mais ils n'employaient pas d'aides. Les *manœuvres* de la seconde classe, eux non plus, ne soulèvent aucune critique. Ils travaillent en général avec leurs nourriciers dans de petites exploitations familiales.

A l'autre extrémité, les *bons travailleurs*, toujours en nombre limité, sont parfois accusés d'apporter une *concurrence à la main-d'œuvre normale*. Des difficultés surgiraient certainement s'ils étaient plus nombreux, car les ressources en travail qu'offre la région sont des plus limitées. Certains d'entre eux s'occupent au Centre de la Colonie, bien que les faibles pécules administratifs, demeurés aux taux si médiocres des asiles, ne permettent guère de les retenir bien longtemps ! Dans le pays, l'absence de toute industrie et de grosse culture s'est encore aggravée, au cours de la crise économique, de la fermeture des usines de la ville voisine, St-Amand-Montrond, qui apportaient quelques débouchés pour les éléments jeunes de la population.

De tout temps se sont élevées, à Ainay et à Dun, des protestations plus ou moins isolées, plus ou moins sincères, souvent liées à des rivalités d'intérêts personnels, contre le travail d'ouvriers agriculteurs, peintres, serruriers, tailleurs, etc., et à Dun des femmes de ménage. Il est certain par ailleurs que la concurrence de Parisiens experts dans leur profession serait déjà redoutable, dans des conditions normales, pour nos Bourbonnais moins débrouillards. Mais aussi les employeurs ne consentiraient jamais à donner aux pensionnaires un salaire normal, et cela aboutirait alors à créer un double marché du travail, dans lequel les malades auraient, sur les deux tableaux, des points d'avance.

Est-il besoin de le dire, le danger demeure chimérique, puisque les médecins s'appliquent bien entendu à éviter toutes les circonstances susceptibles de soulever des revendications quelles qu'elles soient. Nous favorisons le travail dans toute la mesure où cela ne porte pas préjudice. Parfois même, certains travailleurs, aides-boulangers, ébénistes, etc..., sont très appréciés de la population qui ne fournit pas de candidats locaux... Toujours est-il que nous rencontrons à Ainay, dans ce sens, une limitation du rôle de réadaptation à la vie sociale, pour les convalescents qui sortent des asiles, et cela constitue un fait bien regrettable.

Il n'en est pas de même à Gheel, non plus qu'à Lierneux, où l'activité des malades spécialisés est au contraire vivement appréciée : quelques ingénieurs, avocats, artistes-peintres, arboriculteurs, bien qu'en nombre restreint, y ont fait profiter de leur science et de leur art les gens du village.

On peut rapprocher des faits précédents le soin avec lequel nous évitons, en France, qu'après la sortie définitive de la Colonie, d'anciens malades ne viennent se fixer sur le territoire de nos communes. La population ne s'y montre pas du tout favo-



nable. Là aussi elle craint une concurrence éventuelle, et après un an de séjour, la charge d'hospitalisations possibles lors des rechutes ou de maladies intercurrentes. La loi française présente sur ce point des conséquences inattendues. Un alcoolique subaigu, Armand P., ancien restaurateur, et devenu à Ainay un excellent travailleur de la terre, fort apprécié dans le pays, avait été remis en liberté au bout de quelques mois et s'était placé comme ouvrier agricole chez la propriétaire qui l'occupait auparavant. Il y resta plus d'un an, puis retourna à Paris. Un beau jour de 1935, le maire d'Ainay était avisé de l'hospitalisation simultanée de la femme et de la fille de cet homme, et invité à en acquitter les frais, qui, au tarif élevé des hôpitaux de Paris, s'élevaient à plusieurs milliers de francs. P., que sa femme avait quitté avec l'enfant en 1928, n'en était même pas informé. De longues démarches durent être faites pour éviter cette catastrophe au très modeste budget communal. De tels faits expliquent la méfiance des autorités locales.

Nous n'avons pas abordé la question, posée par tous les profanes traversant les Colonies, de la rémunération des pensionnaires. On craint toujours de les voir « exploités » par la population. Et les visiteurs demeurent parfois déçus en présence des réponses que leur font les intéressés, tant elles sont éloignées des conditions de la vie « normale ». D'ailleurs, ici encore, la distinction s'impose entre la vingtaine de bons travailleurs dont nous avons parlé et la masse des pensionnaires. Seuls les premiers, qui fournissent un travail de qualité normale, aspirent à un salaire voisin de la normale, et savent faire triompher leurs exigences... L'ancien alcoolique, jardinier intelligent et vigoureux, cité tout à l'heure, atteignit un des salaires les plus élevés : 20 francs par jour en 1932, 25 francs en 1933. C'est là un maximum exceptionnel, et de 1934 à 1936, nous n'avons guère de sujets dépassant 10 francs par jour ce qui, étant donné qu'ils reçoivent de leur nourricier ou de l'employeur, le logement et la nourriture, atteignait à ce moment le gain d'un domestique de ferme normal. A Dun les malades qui se louent pour faire des ménages ont fixé un prix à l'heure qu'elles se hâtent de faire connaître aux nouvelles arrivées. Si l'on se rappelle qu'il n'y a, pour les *pensionnaires*, aucune obligation au travail et qu'ils ont le libre choix de leur employeur, on ne peut dire que les malades « sont exploités » par les gens du pays. Est-il besoin d'ajouter que les infirmiers-visiteurs se tiennent au courant des travaux entrepris par les malades, qu'ils en surveillent la rétribution, et interviennent lorsque quelque abus est à craindre...

Dans le cas de tous les autres malades, dont le travail, en fait, reste de qualité très inférieure, la plupart sont incapables de s'occuper isolément, leur instabilité, leur irrégularité, leur docilité souvent minime font qu'il n'y a guère à compter sur eux ; et si nos nourriciers, peu fortunés, doivent se suffire de leur modeste concours, la contre-partie toute naturelle se retrouve dans un salaire médiocre, déjà élevé pour les faibles ressources des pay-sans : l'écu du pauvre, remarquait déjà Buffon, a plus de valeur que celui du riche. Et sur cette remarque, nous quittons les cadres de l'économie normale...

#### QUELQUES PROBLÈMES SOCIAUX LIÉS AUX TROUBLES MORBIDES

Les fondateurs des Colonies de Dun et d'Ainay ont eu, dans les premières années, à surmonter de gros obstacles. Aug. Marie et Lwoff se sont heurtés à tous les préjugés qui, sur les aliénés, demeurent courants dans le public. Il leur a fallu décider les premiers nourriciers, au prix de laborieux pourparlers, de petites conférences sur les aliénés, puis, une fois les premières hésitations surmontées, le placement familial est passé dans les mœurs, le public s'étonnait même de voir « des fous aussi raisonnables » et tout le monde s'est habitué à côtoyer les malades, à accepter avec philosophie les légers inconvénients qui résultent de leurs extravagances. Il faut néanmoins dire quelques mots de certaines manifestations plus fâcheuses de leurs troubles.

La *vie politique* leur est en principe interdite. Un hypomaniaque, dont M. Ameline rapporte l'histoire, avait autrefois acquis une certaine popularité ; une instruction élémentaire et son auto-didactisme assez varié lui avaient fait attribuer des capacités médicales que couronnait avec une nuance d'ironie le surnom de « petit Docteur ». Il écrivait de nombreux mémoires contre l'abus du tabac et de l'alcool, et obtint des médailles, des diplômes, des prix de la Société Dosimétrique. Le « petit Docteur » fut ensuite atteint d'ambition politique, il voulut se faire inscrire sur les listes électorales. Ayant éprouvé un refus, il porta l'affaire devant le juge de paix qui lui donna raison. On refusa son bulletin de vote : il protesta et obtint gain de cause auprès du Conseil de Préfecture ; lors des élections municipales, auxquelles il se porta, il obtint près de 250 voix, ce qui ne lui permit pas d'être élu. Le passage à une phase mélancolique de la maladie devait mettre fin à son activité politique.

Ceci se passait dans les premières années de la Colonie d'Ainay. Les électeurs qui accordaient leurs suffrages à un malade fai-

saient preuve d'une naïveté surprenante, et à l'heure actuelle, cet incident ne se reproduirait pas.

*L'alcoolisme.* — « L'alcoolisme, a dit le D' Lwoff, est le principal ennemi, peut-être le seul ennemi, du régime familial. » Chaque jour démontre à nouveau combien il avait raison.

En Belgique, le problème se pose à peine : on n'y consomme que peu de vin, qui est d'un prix élevé, et la bière prise avec excès alourdit avant d'enivrer. Les liqueurs ne s'y vendent que par deux litres, le « petit verre » n'existe pas dans les débits. Ceux-ci sont de plus l'objet d'une surveillance facilement efficace.

En France, pays du vin, où le commerce des boissons est libre, nous sommes moralement désarmés. A Dun, à Ainay surtout, l'alcool exerce sur la population locale des ravages importants, les habitants ne veulent pas réaliser le danger des excès de boisson, et comme dans toutes les régions à ressources limitées et à économie retardataire, ils s'adonnent trop nombreux à ce qui est pour eux, comme pour bien des pensionnaires, l'une des jouissances les plus facilement accessibles. Les débitants, de leur côté, ne sont pas tous conscients de leur devoir ; si certains limitent les excès, d'autres ne songent qu'à tirer profit des malades ; leur argent, disent-ils, vaut celui des « civils » et ils vont même parfois jusqu'à leur faire crédit.

A Dun, le mal est moindre, il faut cependant chaque année réintégrer quelques femmes pour excès de boisson. A Ainay, la plupart des méfaits imputables aux pensionnaires, menaces, scandales, discussions et rixes, petits vols, sont le fait d'alcooliques. Beaucoup de chroniques ne travaillent que pour « boire une chopine de temps en temps » ; on peut le regretter, mais c'est l'un des principaux stimulants du travail.

Le problème de la fréquentation des débits est complexe : Lwoff, qui avait proclamé l'interdiction totale, ne se faisait pas d'illusions sur la relativité des résultats... Imposée avec rigueur, elle serait pire que le mal, car elle amènerait l'alcoolisme clandestin dans les chambres. De plus, bien des malades ne vont chaque soir boire un bock, un café ou une « chopine » que pour « voir du monde », faire ou regarder une partie de cartes. Nous avons visité les débitants, nous avons fait appel à leur collaboration sur un programme minimum : empêcher la fréquentation des débits avant midi et après 19 heures. Et nous avons limité, en matière d'alcooliques, notre recrutement dans la mesure indiquée au chapitre précédent : elle répond aux exigences sociales que nous venons d'exposer.

*Incidents et accidents.* — On peut être surpris par la rareté des incidents dus aux malades, et encore la presque totalité des actes délictueux est imputable aux hommes dont la violence et l'impulsivité renforcées par des abus de boisson s'opposent nettement à la prédominance des réactions verbales chez les femmes.

Dans le seul cas d'un ancien professeur, artérioscléreux déséquilibré, placé à la suite d'un ictus, la médisance masculine faillit amener des drames. C'était en 1904. Ce malade réussit à capter quelques secrets de famille, au moment où le pays restait divisé par un procès qui avait eu quelque retentissement. Il répandit par vengeance personnelle de fâcheuses rumeurs qui soulevèrent l'indignation des intéressés, et seule la réintégration en asile put mettre un terme à cette malfaisante activité !

Il est à remarquer d'ailleurs que les malades ne s'en prennent, en général, pas aux nourriciers, que leur prudence avertie met à l'abri de ces inconvénients. L'attitude des autres habitants, pour correcte qu'elle soit le plus souvent, reste cependant parfois maladroite.

La question de la responsabilité a été étudiée jadis par Aug. Marie. La responsabilité du nourricier, invoquée par les règlements, demeure dans la pratique une clause de style. Les médecins ne peuvent être plus engagés par la désignation de malades pour le placement familial qu'ils ne le sont lors des mises en liberté définitives ou des congés d'essai. Il n'est pas un magistrat municipal qui pourrait accepter la responsabilité des actes de quelques centaines de sujets considérés comme normaux, parmi lesquels les incidents sont autrement nombreux et variés que dans une série de pensionnaires des Colonies familiales.

Aussi tous les incidents, aussi bien en Ecosse, en Allemagne, qu'en France et dans tous les autres pays se sont-ils toujours réglés à l'amiable, grâce à la compréhension réciproque des habitants et des administrations. Ce règlement, par voie d'indemnités, a pour contrepartie la facilité avec laquelle on attribue aux pensionnaires des méfaits qu'ils n'ont pas commis : petites déprédations, chutes avec blessures, vols, etc... M. Ameline en rapporte maints exemples avec une verve bien pittoresque.

Inversement, les pensionnaires sont parfois victimes d'accidents : deux de nos malades furent renversés par des automobilistes : l'un, petit débile âgé, fut ramené, couvert de contusions par le gros propriétaire des environs qui l'avait renversé et qui en fut quitte pour donner à sa victime quelques paquets de tabac. Un autre, débile assez profond rendant de petits ser-

vices, fut projeté, un soir de verglas, par une automobile qui dérapait, sur la route nationale. Pour la fracture de cuisse qui s'ensuivit, l'assurance demanda une évaluation du dommage d'après la valeur de la journée de travail ! L'évaluation n'en était pas possible, et l'affaire n'alla pas plus loin.

L'administration eut plus de difficultés à l'occasion d'incendies de forêts trop facilement attribués aux pensionnaires, dans une contrée où les habitants ont l'habitude déplorable de brûler le long des chemins, même en forêt, les broussailles, « les crasses » qui restent lorsqu'on a taillé les « bouchures » (les haies). Un procès intenté à la Préfecture de la Seine, sur des témoignages discutables, dura plusieurs années. Nous eûmes la chance, dans une circonstance analogue, en 1932, de démontrer l'innocence d'un jeune sourd-muet accusé à la légère, alors qu'il n'avait pas d'allumettes et qu'il n'était en rien capable d'édifier le trépied d'où l'incendie était parti. Les gardes particuliers avaient estimé plus simple d'incriminer un malade qu'ils croyaient sans défense.

Des incidents de conséquences bien moindres, au pourtour de la forêt de Tronçais, ont déterminé l'Administration des Eaux et Forêts à interdire aux pensionnaires l'accès des forêts domaniales.

Aucun accident sérieux d'ordre *sexuel* n'est dans aucun pays reproché aux malades. Les quelques gestes ou propos obscènes accomplis en public sont dus à l'entraînement d'alcooliques ou de pervers, et parfois même d'éléments vicieux de la population.

Par contre, parmi les pensionnaires femmes se produisent de temps à autre des grossesses. Elles ne sont *jamais* le fait d'un malade, mais toujours d'habitants et jamais, à notre connaissance, de nourriciers. Aucune sanction ne peut être prise en pratique en dépit des prévisions légales. Selon la remarque de R. Mignot et A. Le Grand, lors d'attentats aux mœurs sur des aliénés, l'homme jouit en fait d'une assez grande impunité.

*Conséquences morales de la présence de malades mentaux.* — Les détracteurs du placement familial lui ont reproché, en France, d'inciter à la paresse les populations rurales, par l'apport d'argent et l'appoint d'une aide pour les petits travaux du ménage. En réalité, rien n'a changé dans l'activité des hommes, qui continuent leur profession comme par le passé. C'est la femme qui s'occupe des malades et qui touche la rémunération. Elle l'utilise aux besoins du ménage et réalise, si elle le peut, des économies, « ce qui n'étonnera pas quiconque sait combien, dans nos campagnes, la femme possède d'autorité dans l'inté-

rieur de la maison, et non seulement l'autorité, mais les cordons de la bourse » (Ameline).

On a craint également que l'aide des pensionnaires ne favorise la routine. Ils vont ainsi chercher l'eau aux puits et aux fontaines, et cette facilité aurait fait surseoir aux projets d'adduction des eaux ! Mais notre ami M. Vinadelle, architecte et maire de Dun, a mené à bien cette réforme souhaitée depuis longtemps. La faiblesse des crédits disponibles et les difficultés de la tâche la feront, longtemps encore, tarder à Ainay. On a partout constaté en réalité, qu'au point de vue matériel, le placement des malades avait entraîné un progrès sérieux.

Reste enfin l'action morale que peut exercer sur la population le contact habituel de malades mentaux. La question n'est pas simple et elle n'a pas fait l'objet d'une nouvelle étude scientifique, depuis le Congrès international d'assistance de Berlin, en 1910. Peeters y avait recherché l'influence exercée par les malades sur les habitants de Gheel. Une enquête psycho-physiologique et sociologique minutieuse conduite par Decroly et par Aug. Ley démontrait que les manifestations dégénératives et criminelles étaient moins fréquentes à Gheel que dans le voisinage.

La question mérite cependant d'être reprise. Certes, les maladies mentales ne sont pas contagieuses. Peut-être quelques vieilles nourricières suggestibles et restées, malgré tout, un peu superstitieuses, enfin, éprouvent-elles parfois, en présence de délirants hallucinés, des sentiments étranges : l'une d'entre elles, dépassant 70 ans, nous questionnait sur les pouvoirs de son malade, géant goitreux, mégalomane et inspiré qui, debout aux premières lueurs de l'aube, accomplissait aussitôt dans le potager des gestes bizarres pour faire « lever » les semences... Ce ne sont là que des faits isolés, qui laissent la jeune génération sceptique.

On a redouté surtout le contact des aliénés pour les enfants. Tous ceux qui ont étudié de près la question, comme l'a fait Aug. Ley, estiment que cette crainte est illusoire. A Gheel, les jeunes anormaux sont placés intentionnellement dans des familles parfois nombreuses : les enfants sains n'en sont nullement influencés et au contraire, ils entraînent leurs petits camarades à des jeux normaux, à un genre de vie normale. Si quelque imitation s'exerce, c'est au bénéfice du petit malade, dont l'initiative est toujours plus limitée. Les enfants normaux, à ce contact, remarque Kate Fraser, acquièrent de la patience et de la compréhension, tout en se rendant bien compte de la différence entre les malades et eux.

Par ailleurs, les paysans, avec leur robuste bon sens guidé

par l'influence constante des médecins, apprécient de façon très exacte le caractère morbide du comportement des malades. « Certainement ce ne sera point chez d'anciens nourriciers, remarque Ameline, que l'on trouvera des publicistes clamant contre la loi de 1838, et réclamant contre les internements dits arbitraires. » Et si en Belgique on a souvent raillé les gens de Gheel, à cause de la spécialisation de leur commune, ceux-ci s'en sont, on le voit, bien vengés, en ayant le plus faible pourcentage d'aliénés de tout le pays.

#### RAPPORTS DES MALADES AVEC LES ÉLÉMENTS ÉTRANGERS A LA RÉGION

Notons brièvement les rapports des malades avec les éléments étrangers à la région et qui la fréquentent par intermittences. Ce sont deux catégories de visiteurs bien différentes : les touristes et les bohémiens.

*Les touristes* sont animés, vis-à-vis des pensionnaires, de deux dispositions affectives opposées : les uns sont animés de curiosité, ou même de sympathie pour l'assistance familiale. Les autres critiquent, parfois en termes véhéments, le manque d'esthétique de nos pensionnaires : cela n'a pas grande importance. Néanmoins, il faut concilier ce sentiment avec les intérêts de l'industrie hôtelière et par exemple, dans la saison, interdire aux malades l'accès de la plage qui, aux environs d'Ainay, borde le bel étang de St-Bonnet-Tronçais, fréquenté par les villégiateurs de Montluçon.

*Les nomades*, qui sillonnent les campagnes, présentent un attrait tout spécial pour les arriérés qui se pressent autour des voitures, curieux de voir évoluer cette population étrange. Ils en rapportent de la vermine, se font parfois injurier ou poursuivre, et, chose plus grave, se laissent entraîner à des fugues ou à des actes ridicules, tels deux de nos débilés instables qui, à l'instigation de bohémiens, arrachèrent les bornes kilométriques d'une route voisine. Il est à souhaiter que la circulation et le séjour des romanichels soient interdits sur l'étendue des Colonies familiales.

#### SPÉCIALISATION SOCIALE

L'établissement de la colonisation familiale à peuplement dense entraîne donc pour le pays où elle s'exerce une *spécialisation presque exclusive*. Il va de soi que cette spécialisation, qui

pénètre si profondément la structure économique et sociale de la région, doit entraîner un *consentement unanime*, et pour cela réaliser la *participation affective* de la majeure partie de la population. Nous croyons qu'à l'exemple de Gheel, le placement de malades payants, en petit nombre dans les différentes classes sociales, serait susceptible de gagner cette même adhésion générale.

Le placement familial d'une faible quantité de malades répandus au pourtour d'un hôpital psychiatrique ne comporte plus les mêmes facteurs de spécialisation. Les malades peuvent y passer presque inaperçus et restent isolés les uns des autres. Il est alors possible de placer davantage de convalescents et de les réentraîner à un travail qualifié et actif sans nuire à la population ouvrière. Mais on ne peut, dans ce système, répartir une aussi grande masse d'insuffisants chroniques.

Ainsi se dégagent quelques lois générales que nous pouvons prévoir : chaque type de placement répond, et trouve ses meilleures chances de réalisation dans des conditions sociales différentes. La diversité des indications psychiatriques dans les différents pays traduit des possibilités sociales différentes des populations qui doivent recevoir les malades. Et les indications sociales, en ce qui concerne les malades eux-mêmes, sont fonction des conditions habituelles de la vie dans les milieux auxquels ceux-ci appartiennent.

Aux grandes villes qui éliminent de très nombreux inaptes, sont nécessaires les placements massifs dans des régions, forcément éloignées, peu favorisées et par là même surtout adaptées aux chroniques.

Aux petits centres répondent les formules périhospitalières qui permettent mieux les expériences de réadaptation méthodique dans des contrées dont l'économie est plus active.

### Facteurs ethniques du placement familial

Un dernier problème se trouve posé par la répartition géographique du placement familial. Est-il destiné à réussir mieux chez certains peuples que chez d'autres ? Existe-t-il des facteurs ethniques qui rendent plus aptes à ce mode d'assistance à la fois les malades et les habitants qui devraient les recevoir ?

Enrico Ferrari, visitant le service de Sano, à Anvers, vers 1908, s'étonnait de voir les malades belges respecter l'aménagement intérieur des chambres ; Courbon, lors du Congrès d'Anvers,



était surpris de la placidité dont témoignent, en Hollande, les agités eux-mêmes.

A Gheel sont traités d'assez nombreux étrangers, mais il s'agit surtout de Hollandais, puis d'Allemands, d'Anglais, de Français, etc..., à Dun, à Lierneux, ils sont exceptionnels. Nous avons observé trois nègres, natifs des Colonies françaises et ayant déjà vécu plusieurs années en France, ils étaient bien accoutumés à la vie familiale, et se conformaient à la discipline habituelle.

Il est évident que pour pratiquer le placement familial, il faut que nourriciers et pensionnaires aient une notion suffisante de stabilité et d'organisation. Le monde arabe, l'Afrique noire, par exemple, paraîtraient peu susceptibles d'y accéder. Nous savons par ailleurs que les Japonais ont mis en œuvre le placement familial.

Il semble bien indiqué, par ailleurs, de mettre le malade dans un milieu aussi proche que possible de lui, pour éviter tout dépaysement, et pour que de son côté, il ne déroute ou n'importune pas ses hôtes. C'est ce qu'ont voulu les Belges en ouvrant pour les Wallons l'établissement nouveau de Lierneux.

Du côté des nourriciers, on doit se souvenir qu'une population adonnée à l'industrie ou même à la grande culture industrialisée, ne disposerait ni des loisirs, ni de la patience nécessaire pour s'occuper des malades. L'excès d'indépendance, d'esprit critique, d'ironie ou de pétulance serait aussi une contre-indication. Le milieu de choix doit être mentalement et économiquement plus simple que n'est le milieu habituel des malades placés, il doit comporter moins de contrainte.

Et le point de vue ethnique se résout en somme dans une question de *niveau* et de *rythme* psychologique et social.

(à suivre).

---

# L'ÉLECTROCHOC EN PSYCHIATRIE

PAR

O.-L. FOREL (de Prangins)

Après l'accueil favorable que les neuro-psychiatres français réservèrent au cours de ces dernières années aux nouvelles thérapeutiques dont certaines convulsivantes : insuline (Sakel), cardiazol (Meduna), azoman, acétylcholine, etc., le moment paraît venu de communiquer les premiers résultats obtenus au moyen de l'électrisation transcérébrale, dite Electrochoc, d'après la méthode italienne.

## TECHNIQUE

La méthode consiste essentiellement à provoquer une crise épileptique à l'aide d'un appareil dont le premier fut construit par l'ingénieur Arcioni, de Milan, sur les indications de Cerletti et Bini. C'est de cet appareil que nous nous sommes servis ; nous n'avons pas eu l'occasion de mettre à l'épreuve celui qui a été construit récemment par la Maison Putschert à Lucerne, ni les électrodes modifiés selon la proposition de Muller.

En plus du transformateur, l'appareil comprend un ampèremètre (marquant jusqu'à 1.500 mA.), un réglage du voltage jusqu'à 150 volts avec un interrupteur automatique de la durée du courant qui va de 0 à 0,5 ou de 0 à 2 secondes. On applique les électrodes, enduites au préalable d'une pâte à base de bitartrate de potasse et d'eau salée, sur les régions temporales. On commence par établir la résistance en ohms ; celle-ci varie entre 100 et 3.000 ohms suivant que le contact est plus ou moins bien établi et, sans doute aussi, suivant le coefficient de résistance individuelle. D'après nos expériences, cette résistance ne doit jouer qu'un rôle accessoire dans le calcul du voltage à appliquer. Au bout de quelque temps, nous avons plutôt tenu compte de l'état clinique du malade. En effet, un sujet en état d'excitation maniaque, par exemple, réagit à 80 volts par une

très forte crise épileptique alors que, pour tel mélancolique ou tel autre malade apathique, 120-130 volts seront nécessaires d'emblée.

Dans toutes nos expériences, nous n'avons pas utilisé de courant d'une durée supérieure à 0,10 secondes.

Schématiquement, le choc convulsivant est provoqué soit tous les deux jours, soit deux fois par semaine. On continue jusqu'à ce qu'on ait obtenu environ une vingtaine de chocs. Mais les intervalles entre les séances sont toujours conditionnés par la symptomatologie et la façon de réagir du malade.

### LA CRISE

On peut distinguer :

1. *La crise avortée.* Dans ce cas, le malade fait à peine une grimace, se remet presque instantanément à parler, peut-être avec un peu d'achoppement dysarthrique. Il accusera parfois le médecin de l'avoir « électrocuté ». La plupart des malades garderont un souvenir détestable de ce genre de crise que nous conseillons d'éviter.

2. *La crise incomplète :* l'apnée a une durée normale ou presque mais les réactions motrices sont des plus réduites, alors que les réactions vasomotrices restent marquées. L'absence de phase clonique et convulsivante exclut pratiquement tout risque de lésions d'organes. L'amnésie est totale, de courte durée.

3. *La crise épileptique classique :* 40 à 60 secondes d'apnée coïncidant avec la phase tonique ; cyanose allant jusqu'à la lividité cadavérique ; l'une des moitiés du corps réagit presque toujours plus fortement que l'autre, d'où différence des réflexes, déviation conjuguée tantôt à droite, tantôt à gauche ; peu d'opisthotonos, bras et jambes presque toujours en hyperextension, parfois position en chien de fusil, abolition totale du réflexe cornéen, persistance du réflexe à la lumière, Babinski irrégulier, réflexe rotulien souvent aboli, cri initial assez fréquent, énurésie exceptionnelle, pas de gâtisme ni d'émission de sperme. La morsure de la langue sera facilement évitée si l'on introduit à temps un tuyau de caoutchouc entre les dents.

Habituellement, la crise se déclenche au bout de quelques secondes ; dans de rares cas, seulement après un temps de latence de plusieurs minutes. Un jour, nous allions renvoyer le malade au bout d'environ cinq minutes lorsque la crise a éclaté. Au cours d'un état maniaque, une seule électrisation nous a donné deux crises épileptiques complètes se succédant à quel-

*ques minutes d'intervalle.* Entre les deux crises, état de trépidation épileptoïde. On a alors l'impression qu'un pincement ou la recherche d'un réflexe ont contribué à déclencher la seconde crise.

S'il n'y a pas eu de crise, on peut faire un nouvel essai au bout de quelques minutes, en augmentant la dose de 5 à 10 volts. Nous n'avons pas répété l'expérience plus de trois fois dans la même journée, les malades conscients paraissant quelquefois assez éprouvés par une seule séance.

Le retour à la conscience se produit au bout de quelques minutes et est, dans la règle, comme dans l'épilepsie essentielle, suivi d'un sommeil plus ou moins prolongé, surtout si on a soin de laisser le malade dans l'obscurité et le silence. Contre les maux de tête fréquemment accusés, les anti-névralgiques habituels suffisent. Nous recommandons les sports, du travail manuel et des distractions, car ceux qui se plaignent sont généralement ceux qui, déjà avant le traitement, accusaient leur entourage d'être la cause de tous leurs maux. L'électrisation leur sert dès lors de prétexte à rationalisation et à revendication.

Nous n'avons pas eu connaissance de cas mortels survenus à la suite de ce traitement, pas plus que de fractures ou de déchirures, mais il est du domaine du possible qu'il s'en produise. Nous avons nous-mêmes à signaler une seule luxation de l'épaule chez un malade ayant présenté antérieurement, au cours d'une cure d'insuline faite à l'étranger, une fracture de l'omoplate.

Par prudence, nous avons pratiqué chez chaque malade un électrocardiogramme avant de le soumettre à l'électrisation, mais le cœur ne paraît pas être soumis à rude épreuve. Ce sont bien plus la durée de l'apnée, la lividité ou la cyanose qui impressionnent l'entourage. Si l'on craint un arrêt de la respiration, procéder à la respiration artificielle, donner de l'oxygène. Le retour à l'état normal a lieu dans l'espace d'une à deux minutes.

La faradisation transcérébrale peut se faire conjointement à la cure d'insuline, mais il ne s'agira pas là, comme pour la cure combinée avec le cardiazol (Georgi), d'un moyen pour éviter au malade de très pénibles sensations subjectives. La combinaison est facile à réaliser, sans inconvénient, là où il paraît indiqué de faire bénéficier d'une cure d'insuline un malade subissant déjà la faradisation transcérébrale. Ainsi, nous avons fait à une de nos malades 19 séances combinées dont 18 ont été marquées de crises comitiales franches et complètes. Aucun incident ne s'est produit. La cure d'insuline est interrompue quelques minutes après le traitement électrique par l'adminis-

tration par sondage de 120 à 150 gr. de sucre. Puis, la malade prend une à deux tartines et dort pendant environ une heure.

La cure d'insuline avec crise épileptique se produisant au cours du coma hypoglycémique *restera une méthode précieuse qui n'a pas été détrônée par les nouveaux traitements convulsivants*. Par contre, nous pensons que le cardiazol pourra être abandonné sans regret, en raison de sa brutalité, des accidents divers signalés dans tous les pays et aussi en raison de la résistance farouche que lui opposent les malades.

### AMNÉSIE

A côté de la crise épileptique dont l'évolution prend parfois des allures dramatiques, le symptôme qui intéresse au premier chef tant le médecin que le malade, c'est l'amnésie consécutive à la crise.

L'amnésie est rétrograde ; elle ne supprime pas seulement le souvenir de la matinée, mais aussi celui de faits plus anciens. Ainsi, une malade qui avait perdu sa mère, il y avait deux mois et demi, me demande : « Pourquoi suis-je vêtue de deuil ? Il n'y a pourtant pas eu de mort dans ma famille ? »

Lorsqu'on rend le malade conscient de son amnésie, cela crée chez lui un sentiment très désagréable, une gêne d'autant plus marquée qu'il sera plus lucide, plus « différencié ». Il s'y ajoute de la désorientation dans le temps et dans le lieu, ne touchant cependant pas à la personnalité du malade.

Cependant, l'amnésie dont certains malades se plaignent ne gêne réellement que les sujets impressionnables, les revendeurs, les hypocondriaques. Chez aucun de nos malades, l'amnésie n'a été durable. Dans les cas les plus prononcés, elle ne s'est pas prolongée au delà d'une semaine après la dernière crise.

Après la crise, les choses se passent le plus souvent de la façon suivante :

Si on laisse le sujet reprendre conscience dans le silence et l'obscurité, il ne réagit guère et s'endort généralement au bout de peu de temps.

Au moment du réveil, les traits sont détendus, l'expression est naturelle, sereine. Un malade muet, réticent, répond facilement à tout. Un malade halluciné, persécuté au maximum, recommence ses stéréotypies, ses automatismes mentaux, mais au ralenti. Peu à peu, le rythme s'accélère et quelques heures après a repris sa cadence antérieure. On assiste là à une expérience *in vitro* du mécanisme inhibiteur cortical. Le malade se comporte

comme au sortir d'une ivresse ou d'une narcose mais sans cet élément toxique qui ternit le regard, brouille le langage, alourdit les gestes.

D'autres fois, et surtout si on interpelle le malade, le retour à la conscience se manifeste d'une manière qui donne l'impression qu'il sort du néant ou d'un cauchemar. Parfois même, il pousse un cri d'angoisse et demande perplexe : « Où suis-je ? » « Qui êtes-vous ? » « Je ne me rappelle rien ! » « Qu'est-ce qui s'est passé ? » Souvent, la première remarque du malade est : « Comment suis-je venu ici ? »

S'il y a plusieurs personnes autour du malade, celui-ci commence par exprimer de la frayeur, surtout si l'on cherche à réveiller sa conscience. Il reconnaîtra en premier lieu la personne avec laquelle il entretient les relations les plus amicales. Il s'écoule souvent plusieurs minutes avant qu'il puisse dire le nom des autres personnes, et il retrouvera en dernier le nom de ceux qui l'intéressent le moins. Avec un peu d'habileté, on arrive à faire parler le malade de ce qu'il dissimule à l'ordinaire. On est en pleine subconscience et l'investigation psychologique de ces états nous réserve des surprises et des découvertes d'autant plus précieuses que les conditions d'expérimentation scientifique sont plus favorables que celles de l'analyse psychologique à l'état de veille qui comporte tant de causes d'erreurs. Pour le moment, je me borne à signaler la sélectivité des phénomènes mnésiques observés. Assister à l'ordre dans lequel les souvenirs reviennent après la crise comitiale électrique, c'est se convaincre que cet ordre est rigoureusement dicté par les « charges affectives » des souvenirs, donc « catathyme » (H.-W. Maier).

#### INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Les *indications* sont les mêmes que pour toutes les thérapeutiques de choc, ce sont, notamment, les schizophrénies aiguës et sub-aiguës, les mélancolies, les états maniaques, certaines névroses inaccessibles à la psychothérapie ; en un mot, toutes les psychoses fonctionnelles, tout spécialement les cas intermittents chez lesquels nous espérons abréger la durée de la période morbide. Il faudra sans doute plusieurs années d'expérience pour préciser davantage les indications et discerner les cas justiciables de ce traitement de ceux relevant d'autres méthodes.

Nous avons obtenu des améliorations chez quelques malades qui n'avaient pas réagi à l'insuline ni au cardiazol. Dans bien

des cas où nous avons appliqué la méthode *ut fiat aliquid videotur*, le résultat a été nul.

*Contre-indications* : les psychoses dites organiques et, bien entendu, tous les malades chez lesquels l'examen physique a décelé des lésions incompatibles avec l'épreuve que représente la crise épileptique. Remarquons toutefois que celles-ci sont supportées par des individus physiquement débilités.

#### REMARQUES CLINIQUES ET RECHERCHES BIOLOGIQUES

*Cœur* : tachycardie de 140 à 160, mais seulement pendant quelques heures. Le pouls redevient, en général, normal une demi-heure après la séance. Quelquefois, arythmie et quelques extra-systoles, également transitoires.

*Respiration* : la phase de l'apnée dure de 40 à 60, parfois 80 secondes pendant les phases toniques et cloniques. Pas de collapsus cardiaque ; il s'agit probablement de contracture du diaphragme (tétanisation) ; le rythme respiratoire se rétablit ensuite rapidement.

Dans les cas d'accès incomplets, on observe parfois une espèce de collapsus cardio-vasculaire, peut-être dû à l'excitation du vague. Ces troubles circulatoires sont également passagers et ne sont — pas plus que la température sub-fébrile et la présence des règles — pas une contre-indication au traitement.

Toutefois, la tension sanguine est augmentée dans la phase tonique tandis que, dans la phase clonique, elle est abaissée.

La température monte de quelques dixièmes à un degré, quelques heures après la séance et redevient normale au bout des quelques heures qui suivent.

Nos examens de laboratoire nous ont permis de faire les constatations suivantes :

Urée (dosage avant et après la séance) : pas de changement.

Cholestérine (dosage avant et après la séance) : pas de changement.

Temps de coagulation : diminution dans un cas sur 8.

Calcium : pas de changement.

Glycémie : trois augmentations après des crises. Augmentation moyenne : 2 à 20 milligr. 0/0.

Urines : une seule fois, traces d'albumine après la crise.

Formules sanguines, globules rouges : pas de changement ; hémoglobine : pas de changement ; leucocytes : augmentation non constante, environ 4.000.

Répartition : lymphocytose constante, de 2 à 17 0/0.

## DISCUSSION ET CONCLUSIONS

Les récents traitements par l'insuline, le cardiazol et autres convulsivants ont révolutionné la thérapeutique en psychiatrie.

*Les avantages de l'électrisation transcérébrale sont les suivants :*

1. Elle est d'un maniement aisé, rapide ; elle est pratiquement sans inconvénient pour le malade.

2. On peut la répéter deux à trois fois par jour s'il le faut. Par contre, si au bout d'une vingtaine de chocs on n'a pas obtenu de résultat, il semble que c'est peine perdue d'insister.

3. Le malade n'a pas besoin d'être à jeun. On peut appliquer l'électrochoc à des malades dont l'état physique supporterait difficilement la cure d'insuline ou de cardiazol.

4. L'électrochoc supprime l'inconvénient des injections intra-veineuses dans les cas de veines sclérosées.

5. Suppression de l'angoisse provoquée par les injections intra-veineuses de cardiazol et qui — qualifiée par le malade de mortelle — l'incite à se défendre de toutes ses forces contre la répétition du traitement.

6. Economie de temps considérable. Possibilité de traitement policlinique, ambulatoire. Toutefois, nous sommes d'avis que ce traitement devrait, dans la règle, rester clinique et réservé aux spécialistes et cela, pour les raisons suivantes :

a) Contrôle du fonctionnement de l'appareil, d'ailleurs difficile à transporter.

b) Présence de deux à trois infirmiers ou infirmières pour préparer le malade à la séance. Nécessité de maintenir certains malades pendant la crise comitiale.

c) Il est de toute importance de faire de la psychothérapie avant et surtout après la crise comitiale.

d) Surveillance du malade pendant les heures qui suivent la séance, à cause de l'amnésie.

7. Si l'électrisation transcérébrale réussit chez un malade, elle ne demande pas plus d'une quinzaine de jours de traitement. On peut espacer ou rapprocher les séances à bien plaisir. Dans certains cas, il est recommandé de les faire le soir afin que le sommeil naturel atténue les inconvénients d'une amnésie mal supportée (nous prescrivons, dans ces cas, 2-3 gr. d'hydrate de chloral, pas de barbiturique).

L'insulinothérapie (chocs hypoglycémiques) s'était rapidement imposée en raison du fait qu'il s'agit d'une méthode rigoureusement médicale, d'un remède extrait de l'organisme lui-



même. Un pareil traitement physiologique était bien fait pour séduire le monde médical. Toutefois, il exige une grande patience, la présence auprès du lit du malade du médecin responsable et du personnel infirmier durant 4-5 heures par jour, six à douze semaines d'une cure coûteuse et rigoureusement clinique.

Nous pensons que la nouvelle méthode d'électrisation transcérébrale deviendra bientôt d'un usage courant. Quant à la proportion des améliorations et des guérisons, il est probable qu'elle ne sera pas très supérieure à celle obtenue par d'autres méthodes convulsivantes et il est indispensable de mettre en garde contre une généralisation trop hâtive de l'application de ce traitement. Sur ce point, nous sommes restés fidèles à ces deux principes :

1. Ne pas imposer le traitement au malade, afin d'éviter toute revendication.

2. Ne pas diminuer mais plutôt augmenter les prestations de psychothérapie pendant la période de cure.

Grâce à l'amnésie, certains malades sont devenus plus loquaces et plus accessibles à la psychothérapie. Nous recommandons au médecin-traitant — avant l'électrochoc, pendant qu'on applique la pâte de contact et les électrodes, qu'on calcule la résistance en ohms — de rester près du malade, de le préparer, de lui expliquer qu'il s'agit d'une espèce de diathermie, qu'il va s'endormir paisiblement. On l'invite à se détendre, à fermer les yeux, à se représenter d'une manière intense qu'il se réveillera tout à l'heure débarrassé de ses symptômes. En un mot, il faut pratiquer une suggestion et une psychothérapie aussi intenses que possible. Le malade s'en souviendra d'ailleurs une fois que l'amnésie aura disparu.

Ceux d'entre nous qui pratiquent l'hypnotisme médical connaissent les sujets réfractaires, ceux qui se défendent à l'avance contre l'investigation et l'influence du médecin, ceux qui se raidissent, les sceptiques, les moqueurs, etc. Sur tous ces malades, l'électrisation a un effet psychologique considérable. D'un seul coup, le médecin redevient le thaumaturge. Certains sujets impressionnables crient au miracle, et l'opposition à laquelle ils se condamnaient, dans laquelle ils s'enfermaient, tombe d'un seul coup.

Si l'amnésie peut supprimer ou atténuer pendant quelques heures ou quelques jours les souffrances morales de nos malades, il ne saurait s'agir — du moins dans les cas de névrose — que d'un répit, et nous avons le devoir d'utiliser pour tenter de solutionner leurs problèmes, le fait que le blocage affectivo-moteur est momentanément rompu.

La plupart des malades se réveillent détendus, souriants. Des individus figés, anxieux, grimaçants présentent un jeu mimique quasi-normal pendant quelques minutes, parfois quelques heures. Au fur et à mesure que l'amnésie s'estompe, le névrosé reprend son attitude précomitiale. Il n'en est pas de même dans les psychoses. Nous avons, par exemple, noté chez quelques mélancoliques, quelques maniaques, quelques catatoniques, une sorte de rupture de l'étau affectif, rupture qui persista pendant plusieurs jours et mit fin parfois à la phase morbide.

Un fait est acquis : dans des cas de grave psychose, d'agitation catatonique ou autre, nous avons pu éviter l'emploi de très fortes doses d'hypnotiques et procurer à plusieurs reprises au malade des périodes plus ou moins longues de calme, de détente et même d'un état quasi-normal. Une forte majorité de nos malades a exprimé sa reconnaissance de ce qu'on ait pu diminuer les doses de médicaments, notamment certains maniaques conscients que des quantités considérables d'hypnotiques n'avaient pas réussi à calmer, alors que leur excitation s'était atténuée comme par enchantement grâce à deux ou trois faradisations, suivies, il est vrai, de très violentes crises comitiales.

Au point de vue psychothérapique, le cas qui nous a le plus frappé est celui d'une psychose hallucinatoire chronique remontant à près de 10 ans, réfractaire à toutes les méthodes et chez laquelle l'électrisation a provoqué une amélioration manifeste (diminution de l'hallucination). Dans certains cas chroniques, chez lesquels on était en droit d'admettre un état démentiel définitif, nous avons constaté, ne serait-ce que pour quelques heures, une vie mentale apparemment normale. Ceci vient à l'appui de la thèse selon laquelle, chez les schizophrènes les plus invétérés, l'intégrité mentale relative est en quelque sorte recouverte par des automatismes mentaux pseudo-démentiels.

De janvier à août 1940, nous avons procédé à 262 séances dont 172 avec crises comitiales, soit 65,6 0/0. Dans dix cas, nous avons fait moins de cinq séances.

Sans préjuger des statistiques à venir, les résultats obtenus jusqu'ici après huit mois d'expérience m'engagent à recommander cette thérapeutique (1).

(1) Le Professeur Ugo CERLETTI, l'auteur de la méthode, vient de publier dans « Le Forze sanitarie », Anno IX, n° 11, un résumé de ses expériences, sous le titre « L'Electroshock ». Cette étude remarquable traite également la question captivante de la théorie anatomo-physiologique de la crise épileptique, en général, et de la crise par l'électro-choc, en particulier. La conception proposée ouvre des horizons nouveaux et d'une importance scientifique considérable.

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

*fondée le 27 avril 1852  
reconnue comme établissement d'utilité publique  
par décret du 11 décembre 1867*

## LISTE

des Présidents, Secrétaires généraux et Trésoriers  
de la Société Médico-psychologique (1852-1940)

### *Présidents (1)*

1852-1853	MM. FERRUS.	1877	MM. BILLOD.
1853-1854	GERDY.	1878	BAILLARGER.
1854-1855	BUCHÉZ.	1879	PROSPER LUCAS.
1855-1856	PARCHAPPE.	1880	LEGRAND DU SAULLE.
1856-1857	PEISSE.	1881	LUYS.
1857-1858	BAILLARGER.	1882	DALLY.
1858-1859	CERISE.	1883	MOTET.
1859-1860	TRÉLAT.	1884	A. FOVILLE.
1861	BRIERRE DE BOISMONT.	1885	H. DAGONET.
1862	Adolphe GARNIER.	1886	Armand SEMELAIGNE.
1863	DELASIAUVE.	1887	MAGNAN.
1864	J.-J. MOREAU DE TOURS.	1888	COTARD.
1865	GIRARD DE CAILLEUX.	1889	Jules FALRET.
1866	FÉLIX VOISIN.	1890	BALL.
1867	Paul JANET.	1891	BOUCHERBAU.
1868	BROCHIN.	1892	Théophile ROUSSEL.
1869	CONSTANS.	1893	CHRISTIAN.
1870-1871	LASÈGUE.	1894	Auguste VOISIN.
1872	Jules FALRET.	1895	Paul MOREAU DE TOURS.
1873	LUNIER.	1896	Eugène CHARPENTIER.
1874	LOISEAU.	1897	Paul GARNIER.
1875	BLANCHE.	1898	MEURIOT.
1876	DUMESNIL.	1899	Jules VOISIN.

(1) Fondée le 27 avril 1852, la Société Médico-Psychologique fut présidée d'abord par FERRUS et, jusqu'en 1860, choisit en juillet son président annuel. A partir de 1860, le président fut élu à la séance de décembre pour entrer en fonctions au mois de janvier.

1900	MM. MAGNAN.	1922	MM. TOULOUSE.
1901	JOFFROY.	1923	ANTHEAUME.
1902	MOTET.	1924	TRUELLE.
1903	Gilbert BALLE.	1925	ROUBINOVITCH.
1904	BRUNET.	1926	SOLLIER.
1905	VALLON.	1927	LEGRAIN.
1906	BRIAND.	1928	Raoul LEROY.
1907	DENY.	1929	Pierre JANET.
1908	SÉGLAS.	1930	CAPGRAS.
1909	LEGRAS.	1931	Henri CLAUDE.
1910	ARNAUD.	1932	MARCHAND.
1911	SÉRIEUX.	1933	Georges DUMAS.
1912	KLIFFEL.	1934	MIGNOT.
1913	René SEMELAIGNE.	1935	Th. SIMON.
1914-1916	VIGOUROUX.	1936	VURPAS.
1917	CHASLIN.	1937	René CHARPENTIER.
1918	Henri COLIN.	1938	FILLASSIER.
1919	DUPAIN.	1939	LAIGNEL-LAVASTINE.
1920	TRÉNEL.	1940	GUIRAUD.
1921	PACTET.	1941	Achille DELMAS.

*Secrétaires généraux*

1852-1856	MM. DECHAMBRE.	1873-1881	MM. MOTET.
1856-1858	CERISE.	1882-1920	RITTI.
1858-1859	BRIERRE DE BOISMONT.	1920-1930	Henri COLIN.
1859-1861	ARCHAMBAULT.	1930-1935	René CHARPENTIER.
1862-1866	BROCHIN.	1936-1940	COURBON.
1867-1873	LOISEAU.	1941	Vié.

*Trésoriers-Archivistes*

1852-1855	MM. MICHÉA.	1903-1908	MM. ANTHEAUME.
1855-1861	BROCHIN.	1908-1920	PACTET.
1862-1871	LEGRAND DU SAULLE.	1921-1931	R. MALLET.
1872-1892	Auguste VOISIN.	1931-1936	Mme THUILLIER-LANDRY.
1893-1897	Jules VOISIN.	1937-1940	M. G. COLLET.
1898-1902	BRUNET.	1937-1941	M. G. COLLET.

## BUREAU POUR 1941

*Président* : M. Achille DELMAS.

*Vice-Président* : M. André BARBÉ.

*Secrétaire général* : M. J. VIÉ.

*Trésorier-Archiviste* : M. Georges COLLET.

*Secrétaires des séances* : MM. Paul CARRETTE et J. DUBLINEAU.

LISTE DES MEMBRES établie le 1<sup>er</sup> janvier 1941 (1)

## Membres titulaires honoraires (16)

*Membres titulaires*  
depuis :

1888. MM. DUPAIN.  
1893. KLIPPEL.  
— PACTET.  
— SÉRIEUX.  
1895. Pierre JANET.  
— ROUBINOVITCH.  
1899. NAGEOTTE.  
1909. Raoul LEROY.

*Membres titulaires*  
depuis :

1910. MM. ROGUES DE FURSAC.  
1910. PIÉRON.  
1911. CAPGRAS.  
— MARCHAND.  
1927. CALMELS.  
1930. GUILLAIN.  
— André THOMAS.  
1931. J. LÉPINE.

## Membres titulaires (98)

*Membres titulaires*  
depuis :

1896. MM. TOULOUSE.  
1911. VURPAS.  
— MIGNOT.  
— René CHARPENTIER.

*Membres titulaires*  
depuis :

1913. MM. FILLASSIER.  
— LAIGNEL-LAVASTINE.  
1919. Ach. DELMAS.  
— DEVAUX.

(1) La Société réunit actuellement 458 membres. Les candidats au titre de *membre titulaire*, *membre correspondant national* ou *membre associé étranger* de la Société Médico-Psychologique, doivent adresser au Secrétaire général, en même temps que leur lettre de candidature, une liste de titres et travaux scientifiques et un exemplaire de leurs publications.

*Membres titulaires*  
depuis :

1919.	MM. DUPOUY.
1920.	BARBÉ.
—	MEURIOT.
—	Th. SIMON.
1922.	Henri CLAUDE.
1923.	Georges DUMAS.
—	BUSSARD.
1924.	LHERMITTE.
—	GUIRAUD.
1926.	COURBON.
—	LOGRE.
1927.	D. SANTENOISE.
—	H. BEAUDOUIN.
—	MINKOWSKI.
1930.	DEMAY.
—	HEUYER.
—	Xavier ABÉLY.
—	A. BAUDOUIN.
—	FRIBOURG-BLANC.
—	GENIL-PERRIN.
—	LÉVY-VALENSI.
—	MAILLARD.
—	SENGÈS.
—	TINEL.
—	WALLON.
1931.	Paul ABÉLY.
—	CEILLIER.
—	VINCHON.
—	Henri BARUK.
—	A. BOREL.
—	BUVAT.
—	COLLET.
—	HARTENBERG.
—	Mme THUILLIER-LANDRY.
—	MM. TARGOWLA.
—	PÉRON.
—	BONHOMME.
—	GOURIOU.
—	ARADIE.
—	AMELINE.
—	AUBRY.
—	Jacques BARUK.
—	P. COMBEMALE.
—	DANJEAN.
—	DESRUÉLLES.
—	DIDE.

*Membres titulaires*  
depuis :

1931.	MM. EUZIÈRE.
—	GEICHARD.
—	HALBERSTADT.
—	J. HAMEL.
—	HESNARD.
—	LAGRIFFE.
—	LAUZIER.
—	NAYRAC.
—	M. OLIVIER.
—	PASTUREL.
—	POROT.
—	RAVIART.
—	RAYNEAU.
—	Roger ROUGEAN.
—	Ach. SANTENOISE.
—	VIEUX.
—	WAHL.
—	BOURGUIGNON.
—	VIGNAUD.
—	LARGEAU.
1932.	CÉNAC.
1933.	CARRETTE.
1934.	BRISOT.
—	LERAT.
1935.	PORC'HER.
—	BAUER.
—	Mme MINKOWSKA.
1937.	MM. POMMÉ.
—	BROUSSEAU.
—	MARTIMOR.
—	ALLAMAGNY.
—	J. VIÉ.
—	VILLEY-DESNESERETS.
1938.	PFEERSDORFF.
—	CHATAGNON.
1939.	H. ROGER.
—	BEAUSSART.
—	GAUTHIER.
—	LE SAVOUREUX.
—	DUBLINEAU.
1940.	MONTASSUT.
—	Henri EY.
—	BESSIÈRE.
—	PICARD.
1941.	N...
—	N... (1).

(1) Deux places de membre titulaire seront prochainement déclarées vacantes.

## Membres Correspondants Nationaux (146)

*Membres correspondants*  
depuis :

1899. MM. BRETON.  
 1902. COLOLIAN.  
 1903. CHÉNAIS.  
 1904. VERNET.  
 1905. V. PARANT.  
 — PERPÈRE.  
 1912. OSSIP-LOURIÉ.  
 1913. ALBÈS.  
 — VOIVENEL.  
 1918. GILLES.  
 — J. COURJON.  
 1919. BOUDON.  
 — BENON.  
 1920. RENAUX.  
 — VIAN.  
 1921. MOLIN DE TEYSSIEU.  
 1922. EISSEN.  
 — QUERCY.  
 1923. Ch. REBOUL-LACHAUX.  
 1924. PRINCE.  
 1925. G. PAUL-BONCOUR.  
 — GILBERT ROBIN.  
 1930. ALAJOUANINE.  
 — CORNÉLIUS.  
 — DELAVILLE.  
 — GALLAIS.  
 — LAHY.  
 — SCHAEFFER.  
 — SCHIFF.  
 1931. BARRÉ.  
 — CHARTIER.  
 — DADAY.  
 — DUMOLARD.  
 — GONNET.  
 — HYVERT.  
 — MACÉ DE LÉPINAY.  
 — MARTIN-SISTERON.  
 — MEIGNANT.  
 — FRANTZ ADAM.  
 — PAUL DELMAS.  
 — LAMACHE.  
 — GRIMBERT.  
 — CALMETTES.  
 — DELMAS-MARSALET.  
 — LABUCHELLE.

*Membres correspondants*  
depuis :

1931. MM. ERNST.  
 — PERRUSSEL.  
 — ARTUR.  
 — PAUL COSSA.  
 — LARRIVÉ.  
 — FROMENTY.  
 1932. MESTRALLET.  
 — P. LASSALLE.  
 — MORAT.  
 — OMBRÉDANE.  
 — TRIVAS.  
 — P. MASQUIN.  
 — BURCKARD.  
 — LE GUILLANT.  
 — RONDEPIERRE.  
 1933. CUEL.  
 — PICHARD.  
 — DAUSSY.  
 — POTET.  
 1934. CORMAN.  
 — LE GRAND.  
 — DONNADIEU.  
 — LÊO.  
 — CARON.  
 — LÉCULIER.  
 — MARESCHAL.  
 — LAGAN.  
 — Mlle VOLKRINGER.  
 — MM. DECHAUME.  
 — BARGUES.  
 — EMILE ADAM.  
 — FREY.  
 — Mlle CULLERRE.  
 1935. MM. LAGACHE.  
 — GOT.  
 — DURAND-SALADIN.  
 — J. LASSALE.  
 — CHRISTY.  
 — DUPYTOUT.  
 — TRILLOT.  
 — RÉMI COURJON.  
 — LECLERCQ.  
 — TOYE.  
 — SIVADON.  
 — ROUART.

*Membres correspondants*  
depuis :

1935. MM. J. BOREL.  
 — LEULIER.  
 — CASALIS.  
 — Mlle DEROMBES.  
 — M. RUBENOVITCH.  
 1936. Mme MASSON.  
 — Mlle DESCHAMPS.  
 — MM. MANS.  
 — TUSQUES.  
 — AUBIN.  
 — CRÉMIEUX.  
 — VULLIEN.  
 — FEUILLADE.  
 — TEULIÉ.  
 1937. MALE.  
 — POTTIER.  
 — BRIAU.  
 — GARDIEN.  
 — PIERSON.  
 — PUECH.  
 — L. ANGLADE.  
 — DAUMÉZON.  
 — Mme CROZET.  
 — M. DOUSSINET.  
 — Jean ROYER.  
 1938. DELMOND.  
 — FERDIÈRE.  
 — SCHERRER.

*Membres correspondants*  
depuis :

1938. MM. THUILLIER.  
 — DAVID.  
 — BELEY.  
 — LÉCONTE.  
 — FRÉTET.  
 — FAÏL.  
 — DUCOUDRAY.  
 — GALLOT.  
 — MENUAU.  
 — SOULAIRAC.  
 1939. ALLIEZ.  
 — DELAY.  
 — Pierre ROYER.  
 — BARDENAT.  
 — Marcel ROUGEAN.  
 — FORTINEAU.  
 — J. SUTTER.  
 — MEDVEDEFF.  
 — Mme LÉCONTE-LORSIGNOL.  
 — MM. GÉRAUD.  
 — LONGUET.  
 1940. CHANÈS.  
 — MENER.  
 — PARCHEMINEY.  
 — COULÉON.  
 — Mlle ROUSSET.  
 — M. ADNÈS.

---

La liste et les adresses des membres titulaires honoraires, des membres titulaires, des correspondants nationaux, et des associés étrangers, seront publiées ultérieurement. Prière d'indiquer au Secrétaire général de la Société Médico-Psychologique tous changements d'adresse survenus depuis la dernière publication de cette liste.

---



# SOCIÉTÉS

---

## Société de Neurologie de Paris

---

Séance du 9 mai 1940

---

Présidence : M. TOURNAY, président

---

### Décès des Professeurs Hallion et Pierre Marie

M. TOURNAY, *président*, annonce à la Société le décès de M. HALLION et de M. Pierre MARIE, et dont il rappelle les importants travaux.

### Accidents épileptiques survenant au cours d'une méningite lymphocytaire curable, par M. G. FERDIÈRE.

L'auteur rapporte l'observation d'un jeune homme qui a présenté, au cours d'une méningite lymphocytaire bénigne, une crise comitiale et plusieurs équivalents. Après avoir rappelé des cas analogues, observés par Eektein et par Euzière, il émet l'hypothèse que, dans le démembrement de l'épilepsie cryptogénétique, une place spéciale doit être réservée à la méningite lymphocytaire curable.

### Quadriplégie spasmodique et maladie de Bouillaud, par MM. FERDIÈRE et ALBESSARD.

Les auteurs ont observé, au cours d'une crise de rhumatisme articulaire aigu une quadriplégie spasmodique à prédominance droite avec rachialgie, hypoesthésie gauche et troubles sphinctériens, le début ayant été brusque et la régression rapide. Ce cas ne rentrant dans aucun des cadres dressés par Bouchut, Froment et Rouzier pour les complications médullaires de la

maladie de Bouillaud, les auteurs pensent à un véritable rhumatisme spinal, réalisant un syndrome de sclérose multiloculaire aiguë.

### *Discussion*

M. GUILLAIN discute l'étiologie rhumatismale du cas rapporté et pense qu'il est difficile de tenir compte des anciennes observations, publiées à une époque où la maladie de Bouillaud n'était pas encore séparée des autres rhumatismes.

M. THUREL rapporte deux observations d'accidents nerveux survenus au cours du rhumatisme articulaire aigu (paralysie faciale périphérique, hémiplegie régressive), qui se sont révélés plus tard comme dépendant d'une sclérose en plaques.

M. BAUDOUIN ne voit pas pourquoi le rhumatisme articulaire aigu ne pourrait pas, comme les autres maladies infectieuses, donner lieu à des complications d'encéphalite ou de myélite.

M. FERRIÈRE soutient, dans son cas, la certitude du diagnostic de maladie de Bouillaud ; il lui paraît difficile de nier la possibilité d'un rapport entre celle-ci et les troubles nerveux.

### **Hypertrophie musculaire localisée, par M. MICHON.**

L'auteur observe depuis trois ans un sujet ayant présenté, à 18 ans, une hypertrophie musculaire localisée à un mollet et qui a diffusé lentement à la cuisse et au côté opposé. Il existe quelques crampes. La force musculaire, l'examen neurologique complet, les réactions vasomotrices ne montrent rien de pathologique. Les réactions électriques, les chronaxies des nerfs et des muscles du membre inférieur ne sont pas modifiées ; il existe une réaction myotonique légère d'un adducteur du pouce. La biopsie du mollet a montré quelques fibres en spirales à caractère embryonnaire. Le diagnostic de myopathie hypertrophique progressive peut être posé, mais avec beaucoup de réserve.

### **Gomme syphilitique cérébrale, par MM. H. ROGER et PAULHAS.**

Les auteurs ont observé un malade présentant des crises jacksoniennes à prédominance faciale gauche, puis un syndrome tumoral. L'intervention a montré une tumeur frontale droite avec prolongement kystique, que l'examen histologique identifie comme une gomme syphilitique (présence de cellules rondes lympho-plasmocytaires et d'infiltrats caractéristiques).

### **Sur le mécanisme de certains symptômes après les traumatismes de la moelle, par M. THUREL.**

L'auteur rapporte l'observation d'un malade qui, après une tentative de réduction d'une fracture du rachis, a présenté une paraplégie motrice pure du type périphérique ; les mouvements réapparurent peu à peu et on constata un signe de Babinski bilatéral ; après deux années, les réflexes tendineux restèrent abolis ; il persiste une certaine atrophie musculaire. L'auteur pense que cette paraplégie correspond à des lésions des cornes antérieures,

ne pouvant s'expliquer que par une traction exercée sur la moelle par l'intermédiaire des racines antérieures.

### Discussion

M. LHERMITTE admet ce mécanisme. Il a pu vérifier anatomiquement l'élongation des racines postérieures dans certaines fractures rachidiennes.

### Sur une affection dégénérative non classée, par MM. BARRÉ et COSTE.

Les auteurs présentent l'observation et un film d'un sujet qui, à l'âge de cinq ans, eut des convulsions puis une moins grande facilité de travail ; à 17 ans, la démarche devint incertaine ; à partir de 22 ans, il remarqua des troubles de la vue, surtout intenses au réveil ; la maladresse augmenta aux membres inférieurs et gagna les membres supérieurs ; à 26 ans, après un épisode fébrile aigu, la vision s'améliora, mais les autres troubles continuèrent à progresser. Actuellement, on note : démarche maladroite, ni cérébelleuse, ni vestibulaire ; balancement antéro-postérieur constant en position debout, les troubles de l'équilibre semblant dépendre de deux actions contraires : activité constante des muscles sacro-lombaires et fessiers, activité du quadriceps et des jambiers antérieurs ; spasmes violents, même en position couchée, des muscles du plan antérieur, légèrement diminués de volume et hypotoniques ; réflexes tendineux pendulaires, ou réponse du muscle en hypertonie suivant le moment de la recherche. Pas de signes pyramidaux. Du point de vue des épreuves, le malade se comporte comme un petit cérébelleux. Il existe quelques perturbations labyrinthiques et on note enfin une légère anomalie des mouvements de latéralité des yeux avec dénivellation et diplopie dans le sens vertical. Les auteurs attribuent ce trouble, uniquement moteur, à une maladie dégénérative, probablement acquise, atteignant l'isthme de l'encéphale.

### Discussion

M. LARUELLE pense que ce malade se comporte en partie comme un fonctionnel.

M. ANDRÉ-THOMAS remarque que ce malade reprend son équilibre de façon curieuse : c'est un équilibré dans sa déséquilibration ; il soulève l'hypothèse d'un élément psycho-émotif, hypothèse renforcée par la variabilité des signes d'un jour à l'autre.

M. DEREUX attire l'attention sur la rareté de l'association que présente ce malade d'un syndrome de Parinaud avec de la diplopie.

M. BARRÉ ne croit pas à la possibilité de réaliser volontairement des secousses aussi fortes et prolongées ; le psychisme du sujet est normal, son histoire n'est pas celle d'un fonctionnel ; on ne peut cependant jamais nier l'intervention d'un facteur psychique surajouté à une lésion, mais il doit être bien secondaire dans le cas rapporté.

S. FOLLIN.

Séance du 6 juin 1940

Présidence : M. TOURNAY, président

**Malformation congénitale complexe du rachis cervical avec syndrome neurologique associé, par MM. PAURE-BAULIEU, SCHÆFFER et Mlle SALOFF.**

Les auteurs présentent une jeune fille qui a, d'une part, des anomalies congénitales du rachis cervical (opacification de l'atlas avec aspect peu net de l'articulation occipito-atloïdienne, soudure des 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> vertèbres cervicales, et d'autre part, un syndrome neurologique unilatéral gauche d'apparition récente, douleurs dans le membre supérieur, hypoesthésie nette des territoires de C4, C5 et C6, troubles moteurs avec amyotrophie et modification des réactions électriques intéressant le deltoïde, le trapèze, le biceps et le triceps, le trapèze du côté opposé présentant également une réaction de dégénérescence partielle). Les auteurs croient à l'existence d'un rapport de causalité entre les deux syndromes.

*Discussion*

M. ANDRÉ-THOMAS accepte cette hypothèse malgré le début tardif, ceci étant le cas pour les accidents des côtes cervicales ; il pense que les tissus qui entourent l'os sont souvent responsables de ces accidents.

M. BOURGUENON explique les modifications d'un jour à l'autre des troubles électriques par l'existence de troubles vaso-moteurs. La diélectrolyse d'iode sur la côte anormale ne donne pas de résultats durables. Ceux-ci ne sont assurés que par l'ablation.

M. ANDRÉ-THOMAS oppose les troubles vaso-moteurs par compression des vaisseaux des nerfs et les troubles vaso-moteurs d'ordre sympathique.

**Interdépendance des troubles vaso-moteurs et de la rétractilité neurotonique conjonctivo-lymphatique, par M. L. ALQUIER.**

L'auteur expose que la vasomotricité commande la congestion exsudative et l'inondation séreuse du système conjonctivo-lacunaire ; la pulsativité artérielle favorise le cheminement de la lymphe. A l'inverse, la rétractilité neurotonique des tissus interstitiels, régulatrice de ce cheminement et barrière à tout infiltrat nocif qu'elle fixe sur place, agit aussi sur la vasomotricité. Lors des œdèmes résorbables par retour direct au sang, sans intervention des lymphatiques, l'hypotonie tissulaire permet une bouffissure molle, colorée en rose, violacée par la congestion et la distension paralytique veïnulaire, comme lors des œdèmes sériques. Au contraire, l'œdème neuro-paralytique hypertonique est pâle et froid. L'hypertonie rétractile étreint et enraidit les exsudats résorbables seulement par voie lymphatique, ou bien les circonscrit d'un barrage rétractil et sa détente est nécessaire pour la résorption de ces exsudats ; mais, si la rétraction étreint un point réflexogène, paquet vasculo-nerveux, ganglion neuro-végétatif ou

nerf cérébro-spinal, apparaît une irritation vaso-névritique qui apaise la détente tissulaire. La réflexothérapie de détente agit donc, non seulement sur les œdèmes et infiltrats intégrés à la lymphe, mais encore, sur les troubles vaso-moteurs et sur l'ensemble des réactions réglées par l'ortho- et le para-sympathique.

S. FOLLIN.

---

## Société de Médecine Mentale de Belgique et Société Belge de Neurologie

---

*Séance commune du 26 octobre 1950*

---

Présidence : M. L. van BOGAERT, président

---

### Spasme de la convergence avec amaurose hystérique, par MM. L. ECTORS et J. TITECA.

A la suite d'un traumatisme oculaire n'ayant laissé aucune séquelle organique, le blessé a fait un spasme de la convergence qui fut suivi après un mois d'une amaurose totale. Au cours d'une première épreuve thérapeutique, il a été possible de guérir la cécité d'un œil par fermeture temporaire de l'autre œil. La récupération s'est faite progressivement en 15 jours ; mais le spasme ne fut pas amélioré et après ouverture des deux yeux l'amaurose se réinstalla bientôt.

A la suite d'une crise convulsive déterminée par l'injection intraveineuse de 5 cc. de « Corvis », le spasme de la convergence et l'amaurose ont été complètement guéris.

### Histophysiologie de la cellule de Schwann, par M. R. DELCOURT.

La colchicine est un toxique cellulaire qui détermine l'apparition précoce de nombreuses mitoses. Les expériences de l'auteur ont porté sur des nerfs sciatiques injectés et non injectés de colchicine, et sectionnés. Le calcul des index mitotiques montre qu'il doit se produire, après section du nerf, des nécrohormones qui diffusent et sensibilisent les cellules à l'action de la colchicine. D'autre part, les produits de désintégration de la myéline agissent dans le même sens sur la cellule de Schwann. On n'observe aucune mitose sur les filets sympathiques.

### Deux ans d'insulinothérapie, par MM. HOVEN et VANDENDORPE.

Les auteurs ont insuliné en deux ans 66 malades, dont 44 schizophrènes. Leurs résultats confirment l'excellence de la méthode. Ils ont obtenu la gué-

riçon clinique dans la moitié, et un résultat très favorable dans les deux tiers des cas traités. Les auteurs exposent en détail l'histoire clinique de quelques cas intéressants.

**L'avenir des paralytiques généraux malarisés,**  
par MM. R. BERNARD et J. TITECA.

Les résultats thérapeutiques concernant 50 paralytiques généraux, employés des chemins de fer, malarisés au Centre Neuro-Psychiatrique de Bruxelles entre 1931 et 1938, se répartissent comme suit en 1940 : 18 bonnes rémissions, 10 assez bonnes rémissions, 7 rémissions médiocres et 15 résultats nuls. Parmi les sujets malarisés depuis plus de 5 ans, on compte 40 % de résultats favorables. Sur les 40 sujets encore en vie, 34 séjournent en famille, parmi lesquels 20 exercent toujours leurs occupations professionnelles antérieures. Huit malades seulement ont dû, tôt ou tard, être internés à l'asile : la durée moyenne d'hospitalisation n'a pas dépassé pour les 50 sujets, 267 jours par tête. A la lumière de ces résultats, qui concernent pour la plupart des malades traités au début de leur affection, les auteurs s'élèvent contre le discrédit que certaines statistiques pessimistes tendraient à jeter sur la méthode de Wagner von Jauregg.

**Un cas de lèpre nerveuse,** par M. ANDRÉ.

Il s'agit d'un sujet dont l'affection débuta trois mois après une blessure grave de la main gauche. L'auteur estime que le rôle du traumatisme doit être considéré comme très probable, car il réalisait les conditions idéales pour une infection ascendante. Il décrit les troubles sensitifs dissociés, dont la topographie se rapproche de celle des névrites périphériques, les troubles trophiques, et démontre sur radiographies les lésions osseuses.

J. LEY.

---

*Séance commune du 30 novembre 1940*

---

**Présidence : M. L. van BOGAERT, président**

---

**Démence précoce précocissime,** par M. J. LEY.

Présentation d'un enfant de 11 ans, dont l'hérédité comporte des tares psychopathiques assez graves, et dans le passé duquel on relève des indices d'une constitution schizoïde. Il était néanmoins un des plus brillants élèves de sa classe.

Depuis plusieurs mois, on a constaté une chute brusque du rendement scolaire, et des troubles graves du comportement familial et social : idées bizarres, colères, actes impulsifs. L'affectivité est profondément troublée

et l'enfant fait preuve d'une indifférence complète à sa situation. Le petit malade sera soumis à l'insulinothérapie.

### **Tremblement hystérique guéri par la convulsivothérapie, par M. VERSTRAETEN.**

Il s'agit de deux sœurs de 14 et 17 ans, qui furent atteintes successivement d'un tremblement hystérique des membres supérieurs et de la tête, après une remoutrance. Elles guériront l'une et l'autre à la suite d'une seule injection convulsivante associée à la psychothérapie. Une rechute, survenue quatre mois plus tard chez l'une des jeunes filles, fut guérie de la même manière.

L'auteur a traité avec succès, par la convulsivothérapie, d'autres manifestations névropathiques, notamment des tics.

### **Le traitement par chocs convulsivants des accidents hystériques, par M. J. TITECA.**

La convulsivothérapie a amené la guérison, chez quatre malades manifestant, le plus souvent à la suite d'un accident de travail, des troubles hystériques moteurs (hémiplegie, paraplégie, aphonie), sensitifs (anesthésie, hypoesthésie) ou sensoriels (amaurose, amblyopie). Ces troubles fonctionnels, qui résistaient à tous les efforts thérapeutiques depuis des années (plus de sept ans dans un cas) ont cédé à quelques crises convulsives déclenchées par l'injection intraveineuse de pentaméthylénetétrazol. Ce traitement ne doit être appliqué chez les hystériques qu'après échec des autres moyens thérapeutiques, car il comporte des risques importants de lésions osseuses, par suite d'une impotence fonctionnelle souvent ancienne.

Le mécanisme de l'action des crises convulsives n'est vraisemblablement pas uniquement psychogène. Le fait que l'amélioration clinique ne survient pas immédiatement après une séance de convulsivothérapie et progresse par paliers à la suite de chacune des injections convulsivantes permet de supposer que d'autres facteurs interviennent.

Rappelant ses recherches électro-encéphalographiques concernant l'action des excitations sensitivo-sensorielles sur l'activité bioélectrique des neurones corticaux des sujets atteints d'anesthésie hystérique, l'auteur se demande si les crises convulsives n'ont pas pour effet, étant donné l'extrême suractivité du cortex qui les accompagne, de lever le bloc de conduction le long de certaines voies d'association intracorticales, bloc par lequel il avait tenté d'expliquer les phénomènes hystériques.

### **Maladie de Wernicke à type polynévritique, puis polioencéphalitique, par M. VERSPREUWEN.**

Etude anatomo-clinique du cas d'un mineur atteint de troubles gastriques récidivants, suivis bientôt d'un syndrome polynévritique, et qui mourut en apnée d'origine bulbaire après avoir présenté des signes de toxoinfection du névraxe.

Une lésion néoplasique du pylore avait été mise en évidence radiologiquement. L'autopsie révéla des lésions disséminées du névraxe : raréfaction cellulaire, prolifération gliale, énormes cellules macrogliales, renflements

moniliformes des fibres nerveuses. Ces lésions diffuses doivent être attribuées à l'action des substances toxiques d'origine intestinale qui se produisent dans les maladies cachectisantes, ainsi qu'à certaines carences vitaminiques.

**Etude anatomo-clinique d'un cas de neuro-leucémie aiguë,**  
par M. de REYMAEKER.

Il s'agit d'un homme de 34 ans, dont l'affection a débuté par une sensation de lassitude des membres inférieurs avec crises douloureuses sacrées, puis parésie faciale droite périphérique et enfin paraplégie flasque, avec troubles sensitifs. En même temps s'installait un état cachectique. L'examen du sang révéla une leucémie myéloïde aiguë. Le malade succomba rapidement, et on découvrit à l'autopsie de petites tumeurs extradurales le long du canal rachidien entre D<sub>5</sub> et D<sub>8</sub>. Il s'agissait de chloro-leuco-sarcomes au niveau desquels les cordons latéraux de la moelle présentaient de grosses lésions de ramollissement. Il existait en outre des lésions cellulaires au niveau des cornes antérieures, une dilatation énorme de certains cylindres-axes, et des altérations graves des parois vasculaires.

L'auteur discute la pathogénie de ces diverses lésions.

**Encéphalite post-vaccinale, par M. KOKKEN.**

Relation des cas de deux fillettes de 7 et 8 ans, qui firent respectivement, 9 et 12 jours après une primo-vaccination, des phénomènes encéphalitiques graves, rapidement améliorés par des transfusions de 80 cm<sup>3</sup> de sang de sujets récemment vaccinés. La sœur d'une des malades, vaccinée le même jour avec le même vaccin, ne présenta aucun accident, ce qui confirme que le rôle du terrain est primordial. Le liquide céphalo-rachidien des petites malades, injecté au singe, au lapin et au cobaye par voie intra-veineuse et intra-cérébrale, ne détermina chez les animaux aucune réaction pathologique.

**Les astrocytomes cérébraux et leurs dérivés, par M. J. SCHERER.**

Ces tumeurs, généralement circonscrites dans le cervelet, sont toujours diffuses dans le cerveau, et présentent des caractères différents dans les deux cas. Il est illogique de les désigner du même nom. Les astrocytomes cérébraux sont très peu visibles macroscopiquement : ils infiltrent le tissu plus qu'ils ne le détruisent, et présentent souvent de petits kystes ; ils passent parfois dans l'autre hémisphère par le corps calleux ; ils s'accompagnent fréquemment d'un glioblastome, qui doit être considéré comme une dégénérescence de la tumeur. La cause de la transformation maligne est inconnue et les nombreux cas étudiés par l'auteur démontrent que l'intervention chirurgicale n'en est pas responsable, comme on a cru pouvoir l'affirmer. Au point de vue pratique, il ne faut donc pas craindre de stimuler la croissance de la tumeur par l'intervention. Les astrocytomes cérébraux sont souvent la cause d'épilepsies restées « essentielles » pendant des années.

J. LEY.



## ANALYSES

---

### LIVRES, THÈSES, BROCHURES

---

#### PSYCHIATRIE

Les idées d'influence dans la pathologie mentale de l'indigène nord-africain. Le rôle des superstitions, par Mlle Suzanne TAÏEB, Interne de l'Hôpital psychiatrique de Blida-Joinville (1 vol. 156 pages, Heintz éditeur, Thèse, Alger 1939). Librairie Ferraris, 43, rue Michelet, Alger.

Deux facteurs principaux communiquent aux idées d'influence de l'indigène un ensemble de caractères originaux qui justifient leur étude : c'est d'abord la mentalité particulière de ces indigènes, avec son « primitivisme » qui diffère sans doute de celui des peuplades nègres étudiées par Lévy-Brühl et Blondel, mais où l'on retrouve la même conception mystique de l'univers, le même fatalisme codifié en quelque sorte et officialisé par le dogme coranique de la prédestination ; le manque de curiosité, l'incapacité à l'abstraction et à la synthèse, la suggestibilité, l'entêtement et, souvent aussi, la débilité mentale achèvent de caractériser cette « mentalité indigène ». Le second facteur est représenté par les croyances et les superstitions des indigènes : l'auteur, qui a longtemps vécu auprès des Arabes, et qui connaît parfaitement leur langue, a écrit ici un chapitre très vivant, à la fois pittoresque et fort bien documenté, où nous sont présentés, avec tout leur cortège de curieuses légendes, les multiples personnages de l'imagerie populaire orientale : animaux fabuleux, djenouns, marabouts, tolha, sorcières, etc...

Transférées dans le domaine pathologique, ces croyances et ces superstitions servent d'aliment aux idées d'influence : outre leur fréquence, celles-ci sont caractérisées par leur pauvreté, par leur manque de systématisation, et aussi par ce fait qu'elles existent rarement à l'état isolé, mais sont presque toujours associées à d'autres idées délirantes. Elles ne comportent pas, en général, un pronostic aussi sérieux que chez l'Européen. Par contre, elles entraînent assez souvent des réactions médico-légales. Plus disparates et plus pauvres chez la femme que chez l'homme, chez le paysan que chez l'indigène instruit, « civilisé », on les retrouve avec des caractères presque

identiques dans toutes les psychoses, aussi bien l'épilepsie et la manie aiguë que les états déficitaires juvéniles ou les délires chroniques.

43 observations, presque toutes inédites, et 8 rapports médico-légaux de M. le Professeur Porot complètent et illustrent ce travail, intéressante et utile contribution à l'étude de la psycho-pathologie nord-africaine.

J. SUTTER.

**Contribution à l'étude clinique des encéphalites psychosiques**, par V. ASSO. (1 brochure in-8°, 88 pages. Société Générale d'Imprimerie de Nice édit., Thèse Marseille 1938).

L'auteur détaille une série d'observations d'encéphalites psychosiques observées dans le service ouvert des hôpitaux de Nice. Le taux d'azotémie a été rarement élevé. Il a été frappé par une légère hyperglycorachie qui lui a paru constante. Numération globulaire et formule leucocytaire témoignent le plus souvent de la présence d'un facteur étiologique toxi-infectieux, mais les recherches bactériologiques ne donnent que des résultats fragmentaires et d'interprétation difficile. Le traitement doit être énergique et précocé dès le diagnostic posé. L'abcès de fixation et l'opothérapie hépatique paraissent les thérapeutiques les plus efficaces parmi les nombreux procédés mis en œuvre.

Joseph ALLIEZ.

**Contribution à l'étude des encéphalites psychosiques. Évolution et diagnostic**, par R. PACALET. (1 brochure in-8°, 73 pages, Société Générale d'Imprimerie de Nice édit., Thèse Marseille 1938).

Le pronostic des encéphalites psychosiques observées par M. Pacalet reste sérieux. La mort est survenue dans la moitié des cas sans que l'étude biologique permette de déceler un élément certain de gravité. On peut remarquer l'absence d'éosinophilie sanguine des cas mortels.

Joseph ALLIEZ.

**Les petits pervers ; leur utilisation dans l'Armée en temps de guerre**, par G. PELISSIER. (1 brochure in-8°, 70 pages. Imprimerie Bosc et Riou, Lyon, 42, Quai Gailleton, Thèse Marseille 1940).

M. Péliissier publie quinze observations de ces hommes difficiles à utiliser dans l'Armée, observés pendant la première période de la guerre 1939-1940. Il considère la formule de Fribourg-Blanc et Gautier (élimination presque complète) comme trop absolue : bien des pervers lui paraissent susceptibles de rendre des services sans mériter la réforme. Il les classe en trois catégories : pervers maniables, mauvais soldats, pervers dangereux. Bien entendu, une organisation adaptée et prévue dès le temps de paix devrait les accueillir : il ne s'agit pas de laisser de tels sujets dans les cadres normaux de l'Armée. Il nous semble que cette solution, toute parfaite qu'elle paraisse, ne serait pas allée sans grandes difficultés mais aurait mérité d'être tentée. L'utilisation de cette catégorie de sujets dans la vie civile pose d'ailleurs les mêmes problèmes, appliqués à un cadre différent. Les observations de Péliissier nous placent devant des cas limites, où l'internement ni la liberté ne sont des solutions satisfaisantes et pour lesquels bien des tâtonnements s'expliquent.

Joseph ALLIEZ.

## PSYCHOLOGIE

**Des bases physiologiques de l'écriture**, par H. DECOMBES. (1 volume in-8°, 79 pages, Imprimerie Leconte, Marseille. *Thèse* Marseille 1939-40).

Le geste qu'est l'écriture est analysé finement par M. Decombes dans ses composantes motrices. Il précise la part respective des muscles et des nerfs et surtout des centres moteurs thalamo-striés, cérébelleux et frontaux. L'étude des caractères par l'écriture est fonction des modifications que le caractère imprime au geste scripturaire : ce n'est pas tant le caractère qu'on y peut étudier que, plus modestement, les fonctions motrices du sujet, avec la prédominance de telle tendance psycho-affective, impliquée dans la prépondérance d'action des formations nerveuses en jeu.

Joseph ALLIEZ.

## NEUROLOGIE

**Le syndrome sympathique cervical postérieur (de Barré-Liéou) post-traumatique**, par G. DEVEZE. (1 brochure in-8°, 96 pages. Imprimerie l'Idéale édit., Nîmes. *Thèse* Marseille, 1937).

L'auteur a groupé dix-huit observations de ce syndrome isolé par Barré, et sur l'étiologie traumatique duquel le Professeur Roger et ses élèves ont insisté. On sait la pathogénie invoquée pour expliquer l'ensemble de ces symptômes où le groupement de manifestations sensitives, sensorielles et psychiques n'est pas le moins curieux : atteinte du nerf vertébral dans son trajet cervical satellite de l'artère vertébrale, et incidences de souffrance sympathique dans les territoires encéphaliques et périphériques que ses branches irriguent. Les lésions du rachis cervical paraissent relativement fréquentes dans les traumatismes craniens et elles peuvent être objectivées souvent, de même que leurs séquelles articulaires, par la radiographie. G. Devèze insiste sur la parenté qui unit ce syndrome à celui des commotionnés du crâne et la difficulté réelle du diagnostic différentiel. La présence de symptômes de nervosisme, le caractère régressif des manifestations, les altérations du fonctionnement vestibulaire sont en faveur du syndrome des commotionnés, tandis que la sensibilité à la thérapeutique locale cervicale témoigne de l'existence du syndrome cervical postérieur de Barré. Le pronostic de ce dernier reste toutefois relativement sérieux, à cause de sa persistance et des symptômes psychopathiques associés. Il convient d'en tenir compte dans l'établissement des incapacités.

Joseph ALLIEZ.

**Les mouvements conjugués des globes oculaires et leurs troubles. Ablations hémisphériques et mouvement conjugué**, par P. JACQUIN. (1 vol. in-8°, 45 pages, Imprimerie Bosc et Riou, Lyon. *Thèse* Marseille 1939).

Etude critique de la littérature relative aux conséquences pour la fonction oculo-motrice de l'excitation des aires oculogyres et des ablations cortico-sous-corticales localisées ou généralisées, chez l'animal et chez

l'homme. L'appareil oculo-moteur cortical se différencie de l'appareil pyramidal, en ce qu'il s'intègre toujours plus ou moins dans un mouvement de manège somatique. De plus, le mouvement des globes oculaires occupe dans la hiérarchie des autres mouvements une place tout à fait particulière du fait de son intégration beaucoup plus grande dans la plupart des manifestations de la vie psychique. La distinction entre certains mouvements automatiques acoustico-visuels et optico-visuels et les mouvements purement volontaires n'est pas toujours nette. Ceci permet d'expliquer la richesse de la représentation corticale volontaire des mouvements du regard.

Joseph ALLIEZ.

**Contribution à l'étude des syndromes de Foville**, par J. SALAÜN. (1 vol. in-8°, 67 pages, Imprimerie Bosc Riou, Lyon. Thèse Marseille 1939-40).

Etude critique des limites du syndrome de Foville, dont le cadre s'est étendu depuis sa description initiale (déviations conjuguées des yeux et hémiparésie homolatérale), avec observations personnelles. On peut ramener à trois les syndromes de Foville : 1° le syndrome volontaire (atteinte de la motilité volontaire) ; 2° le syndrome complet (atteinte associée des motilités oculaires volontaires et automatico-réflexes) ; 3° le syndrome atypique (association de symptômes nystagmiques particuliers et troubles de la réflexivité vestibulaire). Ces syndromes relèvent tous de lésions du tronc cérébral, mais les deux premiers types traduisent des désordres de la région du noyau de la VI<sup>e</sup> paire, tandis que le dernier paraît souvent d'origine pédonculaire ; il relève habituellement de la sclérose en plaques, les autres formes étant généralement d'origine vasculaire ou tumorale.

Joseph ALLIEZ.

**Contribution à l'étude des crises ano-rectales du tabes (le ténésme ano-rectal tabétique)**, par A. M. DELPIN. (1 vol. in-8°, 63 pages, Imprimerie du Sémaphore, Marseille. Thèse Marseille 1939-40).

Les crises ano-rectales du tabes sont rarement vues d'abord par le neurologue. Elles sont, dans l'ensemble, relativement rares. Deux grands types peuvent en être décrits : les formes paroxystiques, où domine l'élément douleur, les formes continues, dans lesquelles le ténésme paraît tenir la première place. L'association à d'autres manifestations viscérales habituelles du tabes est fréquente, quoiqu'elles aient été observées isolément comme manifestation clinique initiale.

Joseph ALLIEZ.

## THÉRAPEUTIQUE

**De la cardiazolthérapie non convulsivante**, par Mlle M. MICUCCI, ancienne interne des hôpitaux de Nantes (1 broch. in-8°, 74 pages, Foulon édit. Thèse Paris 1940.)

Thèse essentiellement clinique, tout à fait personnelle et originale, faisant suite à la communication de l'auteur à la Société Médico-psychologique sur

la cardiazolthérapie à doses vertigineuses et non convulsivantes. La thérapeutique convulsivante par le cardiazol a provoqué — tous ceux qui l'ont utilisée le reconnaissent — de nombreux accidents, luxations, déchirures musculaires, fractures, état de mal..., dont certains terminés par la mort avec lésions d'œdème cortical, suffusions sanguines diffuses des centres nerveux, altérations cellulaires importantes à l'examen histologique. D'autre part, l'injection de fortes doses, destinées à produire un effet convulsivant, détermine, quand cet effet est « raté », c'est-à-dire quand la crise est « avortée » un état anxieux extrêmement pénible qui pousse le malade à refuser par la suite le traitement et à se rebeller contre lui.

La pratique des doses « vertigineuses » met au contraire le malade à l'abri de ces complications et ne détermine pas chez lui d'anxiété ni d'opposition à la continuation du traitement, si bien qu'il accepte volontiers de poursuivre sa cure après sa sortie du service en se rendant à l'hôpital à des intervalles plus ou moins éloignés pour y subir l'injection intra-veineuse. Or, les examens répétés des malades démontrent que l'efficacité thérapeutique de cette méthode est au moins égale à celle des doses convulsivantes. Le vertige cardiazolique apparaît donc comme le procédé de choix dans la cure des états schizophréniques, des psychoses dépressives ou maniaques atypiques et prolongées, des psychoses puerpérales, et son innocuité permet de le pratiquer sans inconvénients ni appréhensions dans la thérapeutique de ville ou de dispensaire.

R. DUPOUY.

---

## JOURNAUX ET REVUES

---

### PSYCHOLOGIE

Une manifestation contemporaine de mysticisme collectif. Les apparitions d'Euzkadi (30 juin 1931-juin 1934), par P. BEAUSSART (*L'Hygiène mentale*, mars, avril, mai 1939).

L'auteur rapporte ici des faits contemporains très intéressants qui se produisirent à Ezkioga, en Guipuzcoa. Si la principale actrice en fut Ramona Olazabal, le début eut lieu le 30 juin 1931, vers 20 heures 30, par les visions de deux enfants, une fillette de 11 ans et son frère âgé de 7 ans. Avec la progression des fidèles, les visions se multiplièrent. Les extases, les guérisons dites miraculeuses, en nombre assez limité d'ailleurs, les dons et apports d'objets, les lévitations, les plaies stigmatisantes, les scènes de la passion, allèrent en augmentant. Les foules accoururent et, certains jours, on nota plus de 80.000 visiteurs. Un mercantilisme inévitable s'installa. L'opposition des autorités ecclésiastiques trouva son expression la plus haute dans le mandement de Mgr Mugica, évêque de Victoria, mandement qui suscita, dans des milieux pourtant catholiques, de vifs ressentiments.

Les mesures de prohibition prises par l'Evêque furent approuvées le 21 septembre 1933 par la Suprême sacrée congrégation du Saint-Office, qui par décret du 18 juin 1934 condamna à son tour, avec l'approbation du Saint Père, les écrits « erronés et calomnieux » protestant contre ces décisions.

M. P. Beaussart rappelle que la majorité des manifestations de ce type épousent, la plupart du temps, un processus déterminé d'éclosion et d'évolution que l'on retrouve dans les faits, qu'il relate, d'Ezkioga. Chez des enfants, d'humble condition, élevés à la campagne, imprégnés de l'instinct du merveilleux, tout est surtout affaire d'imagerie et se cantonne à l'illusion ou à son souvenir, peut-être eidétique, et à des broderies imaginatives. De ce noyau initial ou fondamental, irradient ensuite, à la faveur d'états spéciaux de réceptivité affectivo-émotive et du gréganisme affectif qui ne manque pas de venir s'y cristalliser, diverses créations nouvelles, constitutives de l'ensemble phénoménologique mystique, auxquelles les promoteurs du mouvement peuvent secondairement participer. Et un certain nombre d'éléments invoqués, dits visionnaires, doivent inciter à la plus extrême prudence, soit qu'ils aient procédé de la simple fiction vaniteuse, soit que dus à une suggestibilité fabulante, ils soient arrivés à leurrer celui-là même qui les a mis en jeu. La contagion s'est trouvée ici réduite à des proportions assez restreintes puisque des centaines de milliers de visiteurs ont passé sur le champ des apparitions, en des circonstances politico-sociales particulièrement favorisantes dans ce milieu spécial.

En conclusion, l'auteur montre que ce curieux mouvement de mysticité, vécu par des âmes simples et naïves, assurément cultivé et développé aussi par les propres croyances au surnaturel et au mystère de zélateurs intempestifs, peut être considéré comme l'une de ces tentatives d'évasion que l'on observe lorsque l'éternelle angoisse humaine, par trop mise à l'épreuve, a soif de consolation et de secours.

René CHARPENTIER.

**Quelques notions sur la psychologie de la haine**, par John ELINGREN. *Théoria*, 1937, volume III, fasc. 2 et 3, p. 267 à 282.

Etude psychologique de la haine quant à la genèse et à l'évolution de ce sentiment, d'après A.-F. Shand (*Foundations of character*. Macmillan. Londres, 1926, 2<sup>e</sup> édition). Dumas (*Nouveau traité*, III, p. 349). Wallon (*L'enfant turbulent*, 1925) et Janet (*L'amour et la haine*, Maloine 1932, p. 213 à 241). L'auteur se réfère également à d'autres auteurs français qu'il connaît bien et notamment à Balzac (César Birotteau).

Henri EY.

**Les interactions des éléments corticaux et la théorie de la forme**, par J. SÉGAL (*Journal de psychologie normale et pathologique*, janvier-mars 1939).

La théorie des lignes de force de Koehler se trouvait jusqu'ici en opposition avec les données physiologiques qui semblaient n'admettre aucune interaction entre les éléments nerveux afférents. Des travaux récents (Baron et Matthews, Piéron et Ségal, Lorente de Nó, Hodgkin, Gebienicz, Hecht, etc.) décrivent de telles interactions spatiales et définissent leur mécanisme

nerveux. La notion, cette fois physiologique et bien déterminée, du champ d'ondes polysynaptiques qui en découle se rapproche à tous les points de vue de l'idée de Koehler. Son application aux problèmes des formes simples, des illusions optico-géométriques et de la vision stroboscopique aboutit à des résultats si semblables aux faits à expliquer qu'il faut la considérer comme l'équivalent de la « Stromfädentheorie », donnant un support physiologique à la théorie de la forme.

R. C.

**Quelques expériences sur la conservation des quantités continues chez l'enfant**, par Jean PIAGET et Alina IZEMINSKA (*Journal de psychologie normale et pathologique*, janvier-mars 1939).

La conservation constitue une condition nécessaire de toute activité rationnelle. La pensée arithmétique n'échappe pas à cette règle. A l'aide de leurs expériences, MM. J. Piaget et A. Szeminska montrent combien simple est le processus de quantification dont témoigne la découverte de la conservation des quantités par l'enfant. Le sujet commence — et en reste là durant le premier stade — par ne considérer que des rapports perceptifs non coordonnés entre eux d'égalité ou de différence qualitatives, constituant ainsi respectivement les qualités et les quantités brutes, non composables comme telles. Puis débute au cours du second stade un processus de coordination logique, qui s'achève au troisième stade, et qui aboutit à classer les égalités et à sérier les différences (additivement et multiplicativement), cette sériation aboutissant à la constitution des quantités intensives. Enfin, le troisième stade est marqué par la constitution des quantités extensives, grâce à l'égalisation des différences intensives et par conséquent grâce à l'arithmétisation des groupements logiques.

R. C.

**Sur l'orientation de l'Argiope stationnant au centre de sa toile**, par A. TILQUIN (*Journal de psychologie normale et pathologique*, janvier-mars 1939).

L'Argiope, comme toutes les araignées qui font une toile plus ou moins verticale, stationne au centre de son réseau, l'axe longitudinal de son corps selon le diamètre vertical, le céphalothorax toujours tourné vers le sol, l'abdomen toujours pointé vers le ciel. Quels sont les facteurs de cette orientation ? S'agit-il d'un géotropisme ou d'un phototropisme, ou d'une combinaison des deux, puisque dans la nature la lumière tombe à peu près verticalement ? L'organisation de la toile de l'Argiope ne fournit-elle pas des stimuli capables de régler l'orientation déterminée du corps de cette araignée au centre de sa toile ?

Les résultats de ses expériences permettent à l'auteur de conclure que l'orientation de l'Argiope n'est jamais fonction de l'organisation de la toile. Elle dépendrait, soit de la lumière seule pour les toiles horizontales ou peu inclinées, soit de la lumière et de la gravité combinées pour des inclinaisons comprises entre 20° et 35°, soit de la gravité seule pour des inclinaisons supérieures jusqu'à la verticale. Il lui paraît probable que ces résultats valent pour d'autres, sinon pour toutes les autres Orbitéles.

R. C.

## NEUROLOGIE

Une méthode nouvelle d'exploration du système vago-sympathique.  
« L'oscillométrie différentielle radio-tibiale », par P. CONSTANTIN. *Le Monde Médical*, n° 940, p. 730-736, 15 juillet 1939.

L'opposition du sympathique et du vague est surtout révélée en clinique par des modifications vasculaires. Le réflexe oculo-cardiaque constitue un excellent moyen d'exploration. M. Constantin en propose un autre : l'étude des différences oscillométriques entre la pulsion radiale et la pulsion tibiale au poignet et à la cheville. Chez les vagotoniques à R.O.C. exagéré l'indice radial est faible, l'indice tibial fort. Chez les sympathicotoniques on observe le phénomène inverse. Chez les premiers il y a un indice ascendant de la tête aux pieds, état lié à la tendance aux hypotensions et aux vertiges.

P. CARRETTE.

Diagnostic des crises nerveuses (en pratique neurologique militaire), par le Professeur H. ROGER. (*Marseille-Médical*, 15 janvier 1940).

L'importance du diagnostic différentiel des crises nerveuses est plus grande encore en pratique médico-militaire, le diagnostic d'épilepsie entraînant la réforme sauf dans des cas tout à fait exceptionnels comme ceux signalés par le Professeur H. Roger. Ce sont d'ailleurs les crises épileptiques qui sont les plus fréquentes chez les militaires soumis à l'examen : il s'agit le plus souvent d'épilepsies d'allure essentielle apparues au début ou vers le milieu de l'âge adulte, d'épilepsies traumatiques, d'épilepsies alcooliques. Le diagnostic, généralement facile, se fera sur l'ensemble des symptômes (qui n'ont pas tous la même valeur diagnostique) et sur leur évolution.

Toute crise s'accompagnant de chute et d'incontinence n'est pas forcément de nature épileptique. Bien qu'inconstant, le signe de Babinski pendant ou immédiatement après la crise, et l'albuminurie post-critique, doivent être recherchés avec soin dans les cas typiques ou douteux, où leur présence aura une grande valeur.

Si les accès pithiatiques sont plutôt rares, la grande hystérie étant une hystérie de culture, il faut savoir reconnaître les « crises psychoaffectives » (de Roger), « crises sympathiques » (de Barré), fréquentes chez des hyperémotifs constitutionnels et acquis à l'occasion de la mobilisation, de chocs émotifs, de fatigues, de troubles digestifs, d'excès éthyliques légers, etc., et ne pas confondre la « crise excitomotrice d'origine alcoolique » avec la crise épileptique. Les crises les plus dramatiques sont rarement d'origine comitiale.

Il est bien rare, ajoute M. H. Roger, qu'une série de crises soit sciemment et complètement simulée, mais on note parfois une tendance à la persévérance de crises primitivement déclenchées par un choc émotif. Et, surtout, quand le diagnostic d'épilepsie n'est pas absolument certain, ne pas l'inscrire sur le billet d'hôpital et se contenter de décrire succinctement la crise. Sage et opportun conseil qu'approuveront tous les spécialistes.

René CHARPENTIER.



**Les fonctions du lobe préfrontal. Son rôle moteur homolatéral,** par A. ROUQUIER. *Gazette médicale de France et des Pays de langue française.* T. XLVI, n° 16, p. 877-894, 1-15 octobre 1939.

Les relations importantes du lobe préfrontal s'effectuent par la voie motrice extra-pyramidale, avec les voies optiques par le faisceau fronto-occipital et avec le système d'équilibration vestibulaire par l'intermédiaire du relai strié. L'expérimentation va confirmer le résultat des recherches anatomo-cliniques et montrer le rôle important que joue le lobe préfrontal dans l'équilibration par ses connexions avec l'appareil vestibulaire et le système visuel, les troubles d'irritation ayant des conséquences plus graves que le déficit. Pour le rôle moteur il est difficile de fournir des précisions anatomiques, les fibres conductrices paraissant rarement reliées en faisceau, néanmoins on peut considérer la zone préfrontale comme le point de départ de la voie extra-pyramidale, voie motrice accessoire en relation avec le corps strié et sans doute avec la voie rubro-spinale, voie directe, homolatérale, dont la pathologie est comparable aux états parkinsoniens.

P. CARRETTE.

**A propos de deux cas de chorée chronique de l'adulte type Huntington, l'un avec, l'autre sans hérédité,** par H. ROGER, G. AYMÈS et J. OLBRY. (Communication à la Société Médico-chirurgicale de la XV<sup>e</sup> Région. *Marseille-Médical*, 15 avril 1940).

De ces deux observations, l'une concerne un cas de chorée chronique héréditaire de Huntington. L'autre, association de mouvements choréiques ayant débuté vers la trentaine, et de troubles mentaux, rentre dans le cadre des chorées chroniques, acquises de l'adulte, non héréditaires. C'est une chorée « type Huntington ». Cependant, au lieu de l'hypotonie, habituelle dans ces cas ou tout au moins très fréquente, on note une hypertonie d'allure extra-pyramidale et de distribution inégale. Les auteurs rapprochent ce second cas de la forme de chorée chronique avec troubles mentaux signalée par H. Claude, Lhermitte et Meignant, sous le nom de « rigidité post-choréique avec démence », bien que la rigidité ne soit pas ici aussi accusée. Ils concluent, comme MM. H. Claude, Lhermitte et Meignant, qu'en pareil cas la chorée est d'origine striée et la rigidité d'origine pallidale. L'apparition d'une hypertonie régressive au cours d'une chorée peut être considérée comme un témoignage de l'extension des lésions du néostriatum au paléostriatum et aux formations sous-jacentes (noyau rouge, locus niger) qui s'y rattachent.

René CHARPENTIER.

**Chorée fibrillaire de Morvan chez un Malgache,** par H. ROGER, G. AYMÈS et J. OLBRY. (Communication à la Société Médico-chirurgicale de la XV<sup>e</sup> Région. *Marseille-Médical*, 15 avril 1940).

La chorée fibrillaire, décrite par Morvan en 1890, caractérisée par des contractions fibrillaires, des troubles sudoraux et des troubles circulatoires, et qui s'accompagne souvent d'acrodynie et d'acroérythème, doit être vraisemblablement rapportée à une atteinte infectieuse indéterminée des régions

sympathiques de la base de l'encéphale. Ce cas est à rapprocher des cas recueillis par H. Roger et J. Alliez et de celui signalé par Porot (fils) pour la première fois dans la race noire (chez un Sénégalais).

R. C.

**Spasme de torsion du corps et métastase cancéreuse du noyau rouge** (avec 2 figures), par H. ROGER, Y. POURSIKES et J. BOUDOURESQUES. (*Marseille-Médical*, 30 mars 1940).

A la suite d'un néoplasme du sein opéré un an auparavant et sans récidive, métastases cérébrales nombreuses ne coïncidant avec aucune métastase dans d'autres viscères, Syndrome complexe fait de troubles psychiques et de troubles moteurs parmi lesquels des spasmes toniques d'enroulement autour de l'axe longitudinal du corps vers la gauche, déclenchant une hypertonie droite, tantôt en extension, tantôt en flexion, et suivis fréquemment d'endormissement.

L'étude topographique systématique de la région sous-optique a révélé une métastase intéressant la partie externe de la moitié antérieure du noyau rouge, ainsi que deux métastases de minime étendue, l'une dans le pied du pédoncule, contre le Locus Niger, l'autre en pleines fibres transversales de la protubérance.

La cessation des spasmes toniques au bout de quelques jours indiquerait que cette métastase n'aurait excité le noyau rouge que lors de son irruption dans les 2/5 du noyau rouge, jouant le rôle d'une cause irritative strictement localisée. Passé ce stade initial d'irritation, le syndrome moteur a disparu, la lésion étant devenue plus destructrice. Ce fait confirme les expériences des physiologistes : par sa situation et par ses connexions, le noyau rouge se présente comme un centre de réception pour des informations de toutes sortes et, en même temps, un centre de connexion des commandes motrices (Aubreyt-Mussen).

R. C.

**Combinaison de l'amyotrophie de Charcot-Marie-Tooth et de la maladie de Friedreich chez plusieurs membres d'une même famille**, par Ludo VAN BOGAERT et Marcel MOREAU (*L'Encéphale*, juin 1939-1940).

MM. L. van Bogaert et M. Moreau rapportent deux observations de maladie de Friedreich incomplète : le syndrome cochléo-labyrinthique, les gros troubles trophiques, la composante cérébelleuse plaident dans ce sens. D'autre part, si elle n'était pas strictement localisée aux membres inférieurs, l'amyotrophie réunirait, dans les deux cas, les caractères classiques du type Charcot-Marie-Tooth. La biopsie neuro-musculaire ne permet cependant pas d'affirmer, de façon indiscutable, qu'il s'agisse d'une amyotrophie du type Charcot-Marie, le diagnostic différentiel sur biopsie des amyotrophies étant d'ailleurs des plus délicats.

Les auteurs concluent que, dans certaines familles, une hérédodégénérescence peut se transmettre qui représente une combinaison de l'amyotrophie du type neural et du complexe de Friedreich. Dans cette famille, la première composante prédomine quantitativement sur la seconde.

René CHARPENTIER.

**Rémissions dans les scléroses multiples** (Remissions in Multiple Sclerosis), par Madelaine R. BROWN et Tracy J. PUTNAM. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. VII, n° 5, p. 913-920, mai 1939.

Les symptômes isolés et initiaux, tels que diplopie, scotome central, troubles de la sensibilité d'une extrémité régressent parfois pour disparaître en quelques mois. On conçoit qu'il s'agit là d'irritation des éléments nerveux, de spasmes circulatoires ou de lésion minime aisément compensée; une suppléance est établie. Par contre, quand une paraplégie s'installe, ou une ataxie, ou un état démentiel, il s'agit de scléroses étendues et le taux des rémissions est extrêmement faible.

P. CARRETTE.

**Vertèbre en galette et maladie d'Hodgkin**, par H. ROGER, SANTELLI et PROVENCE. (Communication à la Société Médico-chirurgicale de la XV<sup>e</sup> Région. *Marseille-Médical*, 15 avril 1940).

Jeune officier de 24 ans, soigné pour mal de Pott et chez lequel la radiographie montre la destruction progressive de L<sub>1</sub>, véritable « vertèbre en galette » de Sieard. Très souvent révélatrice d'une métastase cancéreuse consécutive à un cancer du sein ou à un cancer de la prostate, cette lésion est ici en rapport avec une maladie de Hodgkin caractérisée par des adénopathies multiples avec poussées fébriles dont elle est la localisation vertébrale. Diagnostic confirmé par une biopsie.

R. C.

**Les compressions radiculo-médullaires par nodule fibro-cartilagineux des disques intra-vertébraux**, par D. PETIT-DUTAILLIS. *Le Progrès médical*, n° 50-52, p. 1365-1371, 23 décembre 1939.

M. Petit-Dutaillis décrit des compressions radiculo-médullaires provoquées par la hernie de disques intervertébraux à l'intérieur du canal rachidien, conséquence d'un traumatisme ou d'efforts répétés professionnels. Cette petite hernie est dure, bien que composée de la substance molle centrale du disque, parce qu'elle est tendue sous la dure-mère. Elle est généralement latérale. Le diagnostic clinique se base sur la longueur et les caractères des manifestations algiques initiales. L'image radiographique et l'épreuve du lipiodol apportent parfois des renseignements concluants. Les résultats de la laminectomie dépendent surtout de la précocité de l'intervention. L'auteur recommande l'anesthésie régionale, car il s'agit d'une opération délicate; les réactions accusées par le patient peuvent guider le chirurgien et éviter l'aggravation irrémédiable des lésions.

P. CARRETTE.

**Paralysie de l'hémi-abdomen supérieur gauche (avec pseudo-éventration) par lésion funiculo-vertébrale dorso-lombaire traumatique**, par H. ROGER G. AYMÈS et OLRV. (Communication à la Société Médico-chirurgicale de la XV<sup>e</sup> Région, séance du 20 janvier 1940. Éditions du *Marseille-Médical* 1940).

A la suite d'une chute de motocyclette, fractures multiples des dernières côtes (au voisinage de leurs insertions rachidiennes) et des apophyses trans-

verses des  $D_2$ ,  $D_{12}$ ,  $L_1$ , toutes situées du côté gauche. Ces fractures occasionnèrent une section anatomique des funicules, origine des derniers nerfs intercostaux et des nerfs abdomino-génitaux, donnant naissance à un syndrome sensitivo-moteur particulier : paresthésies et hypoesthésies prédominant dans la région abdominale supérieure, parésie avec pseudo-éventration abdominale et abolition des réflexes cutanés abdominaux.

R. C.

**Sur la forme douloureuse de la névrite hypertrophique familiale** (avec une planche hors texte), par Serge DAVIDENKOFF (de Leuvingrad) (*L'Encéphale*, mai 1939).

Observation d'un cas de névrite hypertrophique dont les symptômes principaux n'étaient ni les paralysies, ni les atrophies musculaires discrètes, ni même l'abolition des réflexes, mais des algies extrêmement intenses à évolution rémittente, survenant par crises périodiques s'accompagnant d'élévation thermique et provoquées par les efforts musculaires ou par une infection intercurrente.

L'auteur distingue parmi les formes cliniques de la névrite hypertrophique une « variété douloureuse », caractérisée par un développement rudimentaire du syndrome moteur, une lassitude extrême du système musculaire et, peut-être aussi, des altérations du système végétatif, le facteur héréditaire qui provoque cette variété douloureuse étant probablement le même que celui qui, dans des conditions différentes, peut réaliser les autres formes cliniques.

René CHARPENTIER.

**Polynévrites alcooliques**, par J. STERNE. *Le Progrès médical*, n° 1-2, p. 16-24, 6 janvier 1940.

L'importance que l'auteur accorde d'emblée aux troubles digestifs initiaux dans les syndromes polynévritiques des alcooliques nous met sur la voie de ses conceptions pathogéniques. C'est en effet l'alcool ingéré qui serait toxique et non l'alcool injecté. Les lésions gastriques réduisent l'absorption alimentaire. La sclérose hépatique annihile les résistances organiques. À côté de la strychnine et de l'électricité, une thérapeutique nouvelle, basée sur la lutte contre l'avitaminose, les troubles métaboliques et endocriniens est donc à mettre en œuvre suivant les formes cliniques et évolutives.

P. CARRETTE.

**Cinq cas d'une affection du plexus brachial causée par l'hypertrophie des apophyses transverses de la 7<sup>e</sup> vertèbre cervicale**, par Axel V. NEEL. *Acta psychiatrica et neurologica*. T. XIV, fasc. 3-4, p. 599-611, Copenhague, 1939.

Les troubles cervico-brachiaux les plus intenses par compression locale sont rarement dus à de longues côtes cervicales, mais bien plutôt à l'hypertrophie transversale d'une vertèbre. L'irritation puis la parésie se développent après un effort ou à la suite d'amaigrissement rapide. Bien que l'intervention chirurgicale ait été facilitée par de récents perfectionnements tech-

niques, l'auteur estime que le traitement local (électricité, massage, air chaud) combiné à la suralimentation donne parfois les meilleurs résultats.

P. CARRETTE.

**Paralysie radiculaire brachiale type supérieur à prédominance circonflexe**, apparue immédiatement après une seconde injection de sérum anti-tétanique, par H. ROGER, G. AYMÈS et OLY. (Communication à la Société Médico-chirurgicale de la XV<sup>e</sup> Région, séance du 3 février 1940. Éditions du *Marseille-Médical*, 1940).

Algo-parésie des racines supérieures du plexus brachial droit prédominant sur les territoires du circonflexe, avec paralysie de l'abduction du bras, atrophie du deltoïde, R. D. incomplète, abolition du réflexe tricipital, algie et hypoesthésie de l'épaule, considérée comme nettement attribuable à la sérothérapie bien que survenue le lendemain même d'une seconde injection de sérum antitétanique à l'occasion d'une plaie accidentelle profonde de la face palmaire du petit doigt de la main droite. La première injection avait été faite six mois auparavant.

R. C.

**Sur les brachialgies (On brachialgias)**, par Sven OSTLIND. 8<sup>e</sup> Congrès des Neurologistes scandinaves. *Acta Psychiatrica et neurologica*. T. XIV, fasc. 1-2, p. 137-152, Copenhague, 1939.

Contrairement à la sciatique, la brachialgie constitue rarement un syndrome autonome et primitif, mais plutôt l'expression habituelle d'une altération osseuse ou articulaire des régions du cou et de l'épaule. Dans les cas de névralgie primaire, le comportement névrotique se manifeste fréquemment. Il ne faut jamais négliger la recherche soigneuse du facteur rhumatisal scapulo-humoral ou vertébral.

P. CARRETTE.

**La névralgie du fémoro-cutané (Névralgie paresthésique). A propos de quelques cas chez des mobilisés**, par H. ROGER, G. AYMÈS et OLY. (*Marseille-Médical*, 30 mars 1940).

A propos de six malades, hommes de 35 à 48 ans, les auteurs étudient ce syndrome dont les éléments capitaux sont les douleurs et les paresthésies, la topographie en raquette des troubles objectifs de la sensibilité, le réveil des douleurs par la station debout prolongée, par la marche, et leur atténuation par la position assise ou couchée. Les auteurs retiennent trois formes cliniques : la forme névralgique pure, la forme paresthésique pure, la forme mixte (névralgie paresthésique de Bernhardt et Roth), cette dernière correspondant aux observations de ces six malades. Le diagnostic différentiel est facile.

Le nerf fémoro-cutané est exclusivement sensitif ; les qualités particulières de la douleur donnent à penser qu'il possède des fibres sympathiques provenant de la chaîne lombaire. Le long trajet du nerf explique la multiplicité possible des causes générales ou locales de l'affection et sa relative fréquence.

En plus du traitement causal et des médications antinévralgiques, des résultats ont été obtenus dans certains cas par les courants de haute fréquence, la radiothérapie (en cas d'atteinte radiculaire), l'insufflation sous-cutanée d'air ou d'oxygène, l'infection locale de novocaïne ou d'alcool, et même par la section ou mieux l'extirpation du nerf.

L'aptitude militaire ne paraît guère modifiée sauf pour certaines formes accentuées d'origine arthritique dans lesquelles un changement d'arme pourrait être indiqué. En cas d'accident ou de blessure, après avoir éliminé la simulation, le taux d'invalidité, non prévu au barème, pourrait osciller de 5 à 20 0/0.

René CHARPENTIER.

**Parésie et contracture névropathique des membres inférieurs chez un dysentérique traité par l'émétine**, par H. ROGER, G. AYMÈS et OLRY. (Communication à la Société Médico-chirurgicale de la XV<sup>e</sup> Région, séance du 3 février 1940. Éditions du *Marseille-Médical*, 1940).

Persévérance de troubles parétiques fonctionnels avec contracture des membres inférieurs sous l'influence involontaire de l'entourage familial et de l'entourage médical qui pensait à un syndrome extrapyramidal d'origine éméthinienne. Guérison rapide par traitement psychothérapique et faradisation.

R. C.

**Parésie fonctionnelle du membre supérieur après vaccination antityphoïdique**, par H. ROGER, G. AYMÈS et OLRY. (Communication à la Société Médico-chirurgicale de la XV<sup>e</sup> Région, séance du 3 février 1940. Éditions du *Marseille-Médical*, 1940).

Sujet de 31 ans, débile mental léger qui présente une paralysie névropathique frappant avec prédilection un membre légèrement déficitaire (encéphalopathie infantile avec minime reliquat déficitaire et irritatif pyramidal gauche, légère exagération unilatérale des réflexes sans signe de Babinski) et localisée sur le membre à la racine duquel avait été pratiquée l'injection de vaccin T.A.B.

R. C.

**Acrocontracture physiopathique post-traumatique de la main droite**, par H. ROGER, G. AYMÈS et OLRY. (Communication à la Société Médico-chirurgicale de la XV<sup>e</sup> Région, séance du 3 février 1940. Édition du *Marseille-Médical*, 1940).

« Main figée » à la suite de traitement pour début de phlegmon de la paume de la main droite, consécutif à une blessure de l'éminence thénar par fil de fer barbelé. Amélioration rapide sous l'influence d'un traitement par invigorations électriques.

R. C.

**Anodontie et mongolisme (Anodontia in Mongolism)**, par D. H. H. THOMAS.  
*The Journal of Mental Science*. T. LXXXV, n° 356, p. 566-568, mai 1939.

Mongolisme chez une femme imbécile âgée de 65 ans. Absence complète des dents. Corrélation intéressante entre les altérations des éléments d'origine ectodermique à une même période du développement ontogénique.

P. CARRETTE.

## ANATOMIE

**Sclérose tubéreuse à forme maligne (avec dix planches hors texte dont une en couleurs)**, par L. MARCHAND, M. BRISSOT et J. MAILLEFER (*L'Encéphale*, février 1939).

Observation anatomo-clinique concernant un sujet présenté à la Société Médico-psychologique (séance du 22 juin 1936), et décédé dix-huit mois plus tard. La maladie de Bourneville se caractérisait cliniquement par l'idiotie congénitale avec épilepsie, malformations cutanées dominant à la face sous forme d'adénomes dits sébacés. Un frère présentait le même syndrome à un degré moindre. Evolution rapide, mort à 7 ans 1/2 après cachexie progressive sans que l'on ait pu incriminer une affection intercurrente.

En conclusion de cet intéressant travail, très bien illustré de nombreuses microphotographies, les auteurs montrent l'étroite parenté existant entre la sclérose tubéreuse et la maladie de Recklinghausen, toutes deux affections hérédo-familiales, d'origine neuro-ectodermique, et dans lesquelles on peut observer à la fois des lésions gliomateuses cérébrales à caractère hyperplasique et d'autres à caractère néoplasique. Ils rappellent que dans certains cas, où l'examen histologique peut même difficilement établir si l'on est en présence de l'une ou de l'autre maladie, Orzechowski et Nowicki concluent qu'il s'agit d'une neurinomatose à la fois centrale et périphérique.

L'évolution, suivant deux processus différents, de ce vice de développement du système nerveux débutant dans la vie embryonnaire, montre également que certaines tumeurs gliogènes centrales, à développement tardif au cours de l'existence, peuvent avoir leur origine dans un vice, resté latent, du développement embryonnaire.

René CHARPENTIER.

**Encéphalopathie consécutive à l'anesthésie. Etude histologique de quatre cas (Encephalopathy following Anesthesia. Histologic Study of Four Cases)**, par Albert T. STEEGMANN. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XLI, n° 5, p. 955-977, mai 1939.

Les accidents mortels observés par M. Steegmann sont dus à l'hydrate d'amylène, au cyclopropane et au peroxyde d'azote. Les lésions des cellules ganglionnaires sont identiques à celles des autres intoxications. La vulnérabilité du cortex cérébral et des noyaux gris est mise en évidence. Il existe dans les cas rapportés une sclérose et des troubles circulatoires qui prouvent que le facteur vasculaire joue un rôle prédominant.

P. CARRETTE.

**Calcification cérébrale symétrique, particulièrement des noyaux gris centraux décelable par Roentgenogramme.** Calcification des petits vaisseaux cérébraux (Symmetric Cerebral Calcification, particularly of the Basal Ganglia, demonstrable Roentgenographically. Calcification of the Finer Cerebral Blood Vessels), par L. MCKENDREE EATON, JOHN D. CAMP et J. GRAFTON LOVE. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XLVI, n° 5, p. 921-942, mai 1939.

Il faut étudier avec soin les Roentgenogrammes. Une calcification ne doit pas être confondue avec un néoplasme et les dépôts calcaires ventriculaires au niveau des plexus choroïdes sont fréquents et non pathologiques. Aussi la découverte d'une calcification symétrique des noyaux de la base est-elle d'un gros intérêt. Anatomiquement on la vérifie surtout dans le globus pallidus et le noyau dentelé; outre le tissu nerveux, les petits vaisseaux sont également altérés. Cliniquement on est en présence de troubles moteurs extrapyramidaux avec ou sans crises convulsives et de troubles mentaux. Mais les cas les plus démonstratifs sont ceux où la tétanie est le signe le plus manifeste. La question est alors évidemment liée à celle des troubles du métabolisme calcique et à la dysfonction parathyroïdienne qui doit être recherchée dans tous les cas de calcification cérébrale.

P. CARRETTE.

**Hydrocéphalie ventriculaire par arachnoïdite cérébrale postérieure mélitococcique (avec 7 figures),** par H. ROGER, Y. POURSINES et R. BERNARD. (*Marseille-Médical*, 30 mars 1940)

Intéressante observation anatomo-clinique d'arachnoïdite postérieure, ayant entraîné l'obturation au niveau des trous de Luschka des voies de communication entre les ventricules et les espaces sous-arachnoïdiens, chez un ancien mélitococcique ayant présenté quelques douleurs cervicales dès la période aiguë de l'évolution et, sept mois après la fin apparente de cette infection, un syndrome complexe au premier plan duquel se placent des signes d'hypertension intracrânienne.

L'autopsie montra l'étendue du processus arachnoïdien, prédominant au niveau de la région bulbo-cérébelleuse et expliquant l'hydrocéphalie, mais décelable également autour des nerfs optiques et surtout au niveau de la moelle.

Les auteurs opposent le caractère normal du liquide céphalo-rachidien (sans hyperalbuminose ni hypercytose) à l'aspect inflammatoire subaigu des lésions arachnoïdiennes, réaction subaiguë surajoutée à des lésions sclérosantes antérieures. Ils ajoutent que cette réaction subaiguë a pu se produire postérieurement à l'examen du liquide.

En dehors de l'hydrocéphalie que les auteurs n'ont jamais rencontrée à un si haut degré dans les méningoneurobrucelloses, la myélomalacie centrale s'étendant sur toute la moelle cervico-dorsale ajoute à l'intérêt de cette observation. Les auteurs l'expliquent par l'irruption dans l'axe médullaire du liquide céphalo-rachidien provenant du IV<sup>e</sup> ventricule: dans l'impossibilité de franchir les trous de Luschka ou de Magendie, le liquide, lors d'une poussée hypertensive, se serait répandu du canal épendymaire vers la partie centrale du bulbe et de la moelle, dissociant et dilacérant les parties centrales qui sont les moins résistantes.

René CHARPENTIER.



**Modifications histopathologiques du système nerveux dans les cas d'ulcère peptique** (Histopathologic Changes in the Nervous System in Cases of Peptic Ulcer), par A. R. VONDERAHE. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XLI, n° 5, p. 871-912, mai 1939.

Certains ulcères gastriques sont d'origine nerveuse, mais tous les ulcères peptiques réagissent à la longue sur le système nerveux. On est frappé chez les sujets atteints d'ulcère par le développement progressif des signes suivants : tachycardie, sueurs exagérées, irritabilité, fatigue, déséquilibre émotionnel, troubles du sommeil et de la température. M. Vonderahe démontre que ces symptômes sont dus à des altérations du sympathique, à des lésions des centres hypothalamiques, du thalamus et du noyau dorsal du vague, lésions irritatives et hémorragiques. Dire que les manifestations signalées dans les cas d'ulcère gastrique ou duodénal sont généralement névropathiques est inexact. C'est une erreur fréquemment commise que de ne pas reconnaître leur origine organique.

P. CARRETTE.

## BIOLOGIE

**La régulation vaso-motrice cérébrale** (The Cerebral Vasomotor Regulation), par Sten CHRISTIANSEN, Mogens FOG et Th. VANGGAARD. *Acta psychiatrica et neurologica*. T. XIV, fasc. 3-4, p. 413-424, Copenhague, 1939.

La régulation vaso-motrice corticale a été tour à tour affirmée et discutée. Les auteurs effectuent des recherches expérimentales sur la peau soumise à l'influence du froid en certaines régions et à celle du chaud en d'autres régions, notamment aux extrémités des membres. Or les modifications et les réactions thermiques obéissent à des lois mises en évidence par l'établissement de courbes, et ces courbes sont perturbées chez tous les individus atteints de lésions centrales pour les membres affectés par la paralysie.

P. CARRETTE.

**Recherches expérimentales et théoriques sur les processus cérébraux électriques** (Experimentelle und theoretische Untersuchungen über die gehirnelektrischen Vorgänge), par Hubert ROHRACHER (Vatican). *Commentationes* (Publication de la *Pontifica Academia Scientiarum*).

Ce travail du Laboratoire psychologique de l'Université catholique de Mailand et de l'Institut psychologique de l'Université d'Innsbrück constitue une étude expérimentale des électro-encéphalogrammes. L'auteur définit d'abord les ondes alpha par la régularité et la constance extraordinaire des oscillations. Il a pratiqué des expériences en explorant les divers points du cerveau et en étudiant des variations électriques chez plusieurs sujets dans des conditions variées. Des variations importantes ont été notées dans le sommeil profond. D'après les expériences de l'auteur, les ondes alpha naissent en même temps de l'ensemble des cellules corticales (environ 12 à 14 milliards). Si le sujet en expérience est sain d'esprit et tranquille, ce phénomène est troublé dès que le sujet est fatigué ou atteint de maladie. Cet important travail est illustré de 43 encéphalogrammes.

Henri Ey.

**Les modifications de la chronaxie vestibulaire chez les lapins sous l'influence de l'alcool**, par Mme D<sup>r</sup> M. BRUM (*L'Encéphale*, juin 1938).

Expériences desquelles il résulte que : 1° les états de profonde narcose alcoolique chez le lapin persistent après le retour de la chronaxie vestibulaire à sa valeur primitive, et, notamment, que ces états durent encore un temps variable avec la quantité d'alcool employé ; 2° en comparaison avec ce que l'on observe chez l'homme, la durée de l'état de prostration alcoolique chez le lapin, après l'absorption d'une quantité d'alcool considérable par rapport à son poids, est toujours beaucoup plus courte que chez l'homme.

R. C.

**Sur un phénomène tonique chez le pigeon atteint de béri-béri** (avec une planche hors texte), par S. GETZOWA et L. HALPERN (de Jérusalem) (*L'Encéphale*, septembre-octobre 1938).

Il résulte d'expériences effectuées pour l'étude du béri-béri que le spasme musculaire du pigeon en opisthotonos peut être aboli en touchant à la musculature antagoniste. Ce fait est analogue aux différents procédés agissant sur le spasme dans le torticollis spasmodique et démontre que cette sensibilité remarquable du tonus musculaire ne saurait être considérée comme un signe de torticollis psychogène. Il s'agit d'un processus biologique général qui, en des circonstances déterminées, est le propre de tous les spasmes musculaires, quels que soient leur origine et leur point de départ.

De cette observation, dans laquelle est manifeste l'action d'une excitation sensitive sur le tonus musculaire chez l'animal, les auteurs concluent que les « gestes antagonistes » chez l'homme ne doivent plus être considérés comme agissant par une voie exclusivement motrice, puisque leur mécanisme d'action peut très bien être régi par des composantes sensibles.

René CHARPENTIER.

**Des déterminaisons pharmacologiques de l'histamine dans le sang des schizophrènes et de divers sujets de contrôle**, par W. A. DEN HARTOG JAGER (*L'Encéphale*, mars 1939).

Rappelant les opinions de divers auteurs (Bayard Holmes, Buscaino, Jahn, Greving) sur l'importance de l'histamine dans la schizophrénie, et l'intérêt thérapeutique éventuel de l'extrait aqueux et stérile préparé par Best et Mac Henry sous le nom d'histaminase, M. W. A. den Hartog Jager apporte ici le résultat de ses recherches faites selon la méthode biologique de Barsum et Gaddum.

Par cette méthode, il a pu, et c'était le premier point à démontrer, déterminer dans le sang humain des quantités d'histamine (B. Imidazolylethylamine) allant de 0,04 à 0,51 par centimètre cube de sang. De ces recherches, l'auteur conclut à la probabilité de quantités plus fortes d'histamine dans le sang des femmes que dans celui des hommes. De la comparaison des résultats obtenus dans le sang de schizophrènes avérés, en traitement depuis longtemps, et dans le sang de sujets de contrôle, il résulte qu'il n'est pas probable que les troubles métaboliques décrits par plusieurs auteurs chez des schizophrènes soient causés par l'intoxication d'histamine.

René CHARPENTIER.

## HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

**L'alcoolisme en Algérie**, par le Professeur A. POROT, conseiller sanitaire technique de psychiatrie (*Bulletin sanitaire de l'Algérie*, août 1940).

Un arrêté du Gouverneur Général de l'Algérie, en date du 4 septembre 1940, a rendu exécutoire en Algérie la loi française du 23 août 1940 contre l'alcoolisme. M. A. Porot retrace ici l'aspect social de l'alcoolisme en Algérie, ses ravages, en particulier parmi la population indigène des campagnes (alcoolisme surtout dû aux boissons anisées), ses conséquences médicales et sociales.

La suppression de l'anisette et l'interdiction de vente, à certains jours, des autres apéritifs auront certainement des résultats efficaces, mais insuffisants. Le Professeur A. Porot demande que l'on ajoute à ces mesures restrictives : l'interdiction de la vente aux indigènes de toute boisson alcoolique, la limitation des débits de boissons et une restriction des jours et heures d'ouverture de ces débits, la majoration des droits sur les bouteilles de liqueurs, l'application rigoureuse des lois sur l'ivresse. Ne pas perdre de vue qu'il faut avant tout récupérer un capital social et de santé publique. De quelque prix qu'on le paie, et quels que soient les intérêts à sacrifier, conclut M. A. Porot, ce ne sera jamais trop cher, et le large soulagement qu'en trouveront les budgets d'assistance constituera le plus substantiel des amortissements.

René CHARPENTIER.

## ASSISTANCE

**L'organisation et le fonctionnement du service de neuro-psychiatrie en temps de guerre**, par A.-J. FRIBOURG-BLANC. *Revue du Service de Santé militaire*. T. CXI, n° 2, p. 183-196, février 1940.

D'après l'exposé net et précis de M. le Médecin-Colonel Fribourg-Blanc, les malades neuro-psychiatriques de guerre peuvent être divisés en trois catégories : 1. les malades légers atteints de syndromes émotionnels, de poussées algiques, de confusion éthylique, récupérables après un bref séjour à l'échelon du groupe d'ambulances de corps d'armée ou de l'hôpital d'évacuation primaire ; 2. les malades moyens dirigés vers la formation la plus importante du point de vue des états neuro-psychiatriques : l'hôpital d'évacuation secondaire doté d'un service de neurologie, d'un service de psychiatrie et d'un contrôle médico-légal, en connexion avec des groupements de médecine, de chirurgie, de radiologie et des principales spécialités, chargé de trier, de soigner et d'évacuer les malades neuro-psychiatriques ; il traite pendant 5 ou 6 semaines les récupérables atteints de syndromes émotionnels accentués, confus et commotionnés, met en observation les comitiaux et les pithiatiques, les organiques suspects et les psychopathes délinquants ; 3. les malades graves et chroniques : maniaque-dépressifs, déments et délirants, sujets atteints d'affections neurologiques sévères, évacués sur les centres de l'intérieur groupés en 9 régions.

P. CARRETTE.

**L'assistance aux aliénés en Europe. Yougoslavie, Bulgarie,** par Maurice DESRUELLES et Henri BERSOT (*L'Hygiène mentale*, novembre 1938).

Poursuivant leur enquête sur l'assistance psychiatrique dans les pays slaves, MM. M. Desruelles et H. Bersot rapportent l'histoire et exposent l'organisation générale de cette assistance dans le *Royaume des Serbes, Croates et Slovènes*. C'est en 1861 que fut fondé l'asile de Belgrade. On compte actuellement trois établissements privés, deux cliniques psychiatriques et sept asiles publics (4.703 lits) pour une population, en 1935, de 15 millions d'habitants. On note l'augmentation rapide du nombre des aliénés hospitalisés. Une société d'hygiène mentale, de création récente, a entrepris une très active propagande en vue de la création de dispensaires d'hygiène mentale, du dépistage des arriérés scolaires, de l'organisation de consultations pré-nuptiales.

En *Bulgarie*, où le premier service d'aliénés fut ouvert en 1880 à Varna, l'assistance psychiatrique a été organisée par le règlement du 21 janvier 1905, il existe en 1938, quatre asiles, une clinique neuro-psychiatrique, un établissement pour épileptiques et deux établissements pour enfants anormaux, en tout 1.150 lits pour une population de 6 millions d'habitants, et 9.734 aliénés recensés. L'effectif des malades internés reste cependant inférieur au nombre de lits avec une forte proportion d'admissions et de sorties, en particulier à la clinique psychiatrique de Sofia où, pour 95 lits, il y eut dans l'année 541 entrées, 501 sorties, 50 décès.

René CHARPENTIER.

**L'assistance aux aliénés en Europe. Roumanie,** par Maurice DESRUELLES et Henri BERSOT (*L'Hygiène mentale*, décembre 1938).

D'après le professeur D. Paulian, c'est vers 1700 qu'apparurent en *Roumanie* les premières notions officielles sur les maladies mentales et nerveuses et quelques lois sanitaires d'assistance sociale. Les premières institutions hospitalières furent des monastères. En 1840, les aliénés commencèrent à être visités par un médecin. En 1864 fut créée à Bucarest une chaire des maladies mentales et de médecine légale. Il existe, en 1938, quinze hôpitaux psychiatriques, totalisant 5.635 lits pour une population de 17.400.000 habitants.

L'enseignement de la psychiatrie fut organisé à Bucarest, à Jassy, à Cluj. L'Institut des maladies nerveuses, mentales et endocrinologiques de Bucarest publie depuis janvier 1935 une chronique neuro-psychiatrique mensuelle, dirigée par le professeur D. Paulian, puis par le professeur P. Tomesco, traitant de sujets d'actualité et des problèmes immédiats posés à la psychiatrie en Roumanie. Parmi les disparus, les noms de Marinesco, élève de Charcot, Soutzo, Obregia, élève de Magnan, joints à ceux des neuro-psychiatres contemporains, témoignent de l'activité scientifique de la psychiatrie roumaine.

René CHARPENTIER.

**L'assistance aux aliénés en Europe. Grèce,** par Maurice DESRUELLES et Henri BERSOT (*L'Hygiène mentale*, janvier 1939).

Le premier asile d'aliénés de Grèce fut construit en 1838 par sir Howard Douglas dans une vieille forteresse de Corfou qui faisait alors partie de la

République des Iles Ioniennes sous protectorat anglais. La législation sur les aliénés, en 1862, s'inspira de la loi française du 30 juin 1838. Pour une population de 6.200.000 habitants, il n'y avait, en 1896, que deux établissements, l'asile de Corfou et l'établissement privé « Dromocaitéion » d'Athènes, ouvert en 1887, qui fait fonction d'asile national. En 1903 fut construite la clinique psychiatrique Eginition. Il y aurait en outre cinq maisons de santé privées.

Mais les auteurs n'ayant pu disposer d'aucun document récent (pour les trente dernières années) ces renseignements risquent d'être très incomplets.

René CHARPENTIER.

**L'assistance des aliénés en Europe. Turquie**, par Maurice DESRUELLES et Henri BERSOT (*L'Hygiène mentale*, février 1939).

L'assistance aux aliénés en *Turquie* a fait, en ces dernières années, de très grands progrès. La République Turque, dont la majeure partie du territoire est en Asie-Mineure, et qui comptait en 1938 plus de 16 millions d'habitants, a fait un remarquable effort dans le domaine de l'hygiène. Les travaux de Moreau de Tours, Mongeri, Laehr, Pandey, Ritti, Lucien Libert, résumés ici, relatent l'intéressante histoire de l'assistance psychiatrique en Turquie, où des établissements furent construits et entretenus avec une grande libéralité dès le xv<sup>e</sup> siècle, mais où cette assistance si remarquable tomba en décadence lors de la seconde moitié du xviii<sup>e</sup> siècle. En 1911, pour une population de 22 millions d'habitants, on comptait au total 1.750 lits.

Il existe actuellement trois asiles d'Etat, trois établissements privés, et un service de 20 à 60 lits consacrés à la neuro-psychiatrie dans chacun des hôpitaux civils ou militaires, au total plus de 3.500 lits. Sous la direction des professeurs Mazhar O. Uzman et Fahreddin Kerim Gökay, une grande impulsion a été donnée à l'assistance, à la thérapeutique et à la prophylaxie des maladies mentales et des toxicomanies. L'enseignement a été complètement réorganisé. Le département sanitaire consacre à l'hygiène mentale le sixième de son budget et le Gouvernement de la République Turque a attribué en 1937 cinq millions de livres turques à la construction de plusieurs instituts neuro-psychiatriques dans diverses villes du pays.

René CHARPENTIER.

## THERAPEUTIQUE

**Etude psycho-pharmacologique de la schizophrénie avec recherches particulières sur le mode d'action du cardiazol, de l'amytal sodique et de l'alcool dans la stupeur schizophrénique** (A Psycho-pharmacological Study of Schizophrenia, with particular Reference to the Mode of Action of Cardiazol, Sodium Amytal and Alcohol in Schizophrenic Stupor), par W. P. BERRINGTON. *The Journal of Mental Science*. T. LXXXV, n° 356, p. 406-488, mai 1939.

L'amytal sodique et l'alcool améliorent la stupeur schizophrénique par une action déprimante sur les centres supérieurs d'inhibition. Ils ont une influence moins marquée sur la stupeur catatonique où prédominent les

phénomènes méso et diencéphaliques. L'action du cardiazol est plus puissante et plus radicale. La crise convulsive agit par un mécanisme comparable à celui de la crise épileptique : la vaso-constriction amenant l'anoxémie. Dans la schizophrénie le traitement par le cardiazol permettrait une inhibition des activités morbides des centres supérieurs. Il agirait par un processus de libération. Toutefois la prolongation du traitement, par la persistance et la reproduction des troubles anémiques cérébraux, aboutirait à une altération des neurones corticaux ; ce qui expliquerait les troubles constatés dans les cures trop poussées où les crises d'agitation et l'automatisme annoncent l'évolution progressive de la désagrégation démentielle.

P. CARRETTE.

**Cardiazolthérapie de la schizophrénie** (Cardiazol Treatment of Schizophrenia), par Arthur HARRIS. *The Journal of Mental Science*. T. LXXXIV, n° 352, p. 735-775, septembre 1938.

L'antagonisme de la schizophrénie et de l'épilepsie existe du point de vue bio-chimique. C'est la base de l'hypothèse thérapeutique de von Meduna. Cependant en clinique cette théorie ne trouve pas sa confirmation. On observe des états schizophréniques avec épilepsie dans certains syndromes organiques du système nerveux central et on traite des cas d'épilepsie avec succès par le cardiazol. Le régime circulatoire, le métabolisme de l'oxygène, l'utilisation des hydrates de carbone ont fait l'objet de recherches chez les schizophrènes traités. Certes, les modifications observées ont leur intérêt, mais elles sont trop variables pour permettre d'affirmer qu'il s'agit de traitement spécifique. Au surplus, les résultats, pour être appréciables, ne sont pas définitifs. Les cas de guérisons vraies et complètes sont rares. Bibliographie très complète, surtout des ouvrages en langue anglaise sur la question.

P. CARRETTE.

**Aspect neurologique de l'attaque provoquée par le cardiazol chez les schizophrènes** (Aspecto neurológico del ataque provocado por el Cardiazol en esquizofrénicos), par P. ANGLAS QUINTANA. *Revista de Neuro-psiquiatria*. T. I, n° 3, p. 420-444, Lima, septembre 1938.

L'étude des modifications physiques — surtout neurologiques — au cours de la crise cardiazolique doit être poussée à fond si l'on veut comprendre le mécanisme et les effets du traitement. M. Anglas Quintana nous fournit une première série d'investigations chez 32 schizophrènes ayant eu 733 attaques. Il observe : des accès d'angoisse et d'anxiété (60 %) ; une légère élévation thermique (67 %) ; une hypertension de 2 à 3 cc. (74,5 %) et une tachycardie de 20 à 30 pulsations (73 %) avec des manifestations sympathiques complémentaires : pâleur, exophtalmie, mydriase, réflexe pilo-moteur, rétraction scrotales — et des modifications parasympathiques : congestion initiale, sialorrhée, diaphorèse ; une grande hypotonie musculaire succédant à la minute de contracture avec abolition des réflexes pendant 2 à 3 minutes ; la déviation des yeux (42,3 %) ; le signe Babinski (35,6 %) ; des myoclonies et des contractions surtout mimiques précédant immédiatement l'attaque.

P. CARRETTE.

**Sur le mécanisme de la convulsion cardiazolique** (On the mechanism of the Cardiazol Convulsion), par D. J. WATTERSON et R. MACDONALD. *The Journal of Mental Science*. T. LXXXV, n° 356, p. 392-405, mai 1939.

L'atteinte des centres nerveux par le cardiazol se traduit par une vasoconstriction qui aboutit à une ischémie génératrice des phénomènes convulsifs. La démonstration peut s'effectuer en produisant les phases inverses. Les vaso-dilatateurs, les sels de choline par exemple (carbaminoxyl ou acétyl  $\beta$  méthyl choline), peuvent inhiber la crise cardiazolique par une augmentation suffisamment massive du flux sanguin cérébral.

P. CARRETTE.

**Séquelles affectives de la convulsivothérapie** (Affective Sequelae of Convulsant Drug Therapy), par John B. DYNES. *The Journal of Mental Science*. T. LXXXV, n° 356, p. 489-497, mai 1939.

La thérapeutique convulsivante par le cardiazol ou le triazol ne doit pas être prolongée. Quand l'amélioration tarde (après la 4<sup>e</sup> injection), quand les désordres affectifs (euphorie, excitation, anxiété) tendent à augmenter, il conviendrait de cesser le traitement. L'auteur a observé dans les cures prolongées et vaines des périodes de violence et plus tard des signes de détérioration intellectuelle apportant la preuve d'altérations dégénératives cérébrales.

P. CARRETTE.

**Signification thérapeutique de l'anxiété dans le traitement de la schizophrénie par le métrazol** (The Therapeutic Significance of Fear in the Metrazol Treatment of Schizophrenia), par Louis H. COHEN. *The American Journal of Psychiatry*. T. XCV, n° 6, p. 1349-1357, mai 1939.

La crise d'anxiété provoquée par l'injection intraveineuse de métrazol a été discutée. Pour M. Cohen elle est liée à un problème technique. Il n'est pas douteux qu'elle existe chez certains schizophrènes et qu'elle éclate à l'occasion d'injections faibles poussées lentement. Comme elle peut être reproduite presque expérimentalement, l'auteur a renouvelé le procédé chez ses malades afin d'en tirer des conclusions pratiques. Or l'anxiété induite a un intérêt thérapeutique très inférieur à la convulsion ; elle n'a aucun rapport avec la peur du traitement convulsivant, crainte antérieure à l'injection, qui n'a pas de signification pronostique, n'empêche pas les effets bienfaisants du métrazol et cède parfois progressivement devant leur évidence.

P. CARRETTE.

**Observation sur la thérapeutique convulsivante par le triazol 156** (Observations on Convulsion Therapy with Triazol 156), par Alexander WALK et W. MAYER-GROSS. Meeting annuel de la *Royal Medico-psychological Association* ; Ilkley, 8 juillet 1938, in *The Journal of Mental Science*. T. LXXXIV, n° 352, p. 637-663, septembre 1938.

Le triazol est assez éloigné chimiquement du tétrazol. C'est autour de l'atome d'azote que s'édifie la formule. Trois atomes d'azote sont saturés

par deux atomes de carbone laissant deux chaînons libres pour un radical cyclohexyl et un radical éthyl. Le triazol s'emploie à des doses dix fois moindres que le cardiazol. Il donnerait des résultats intéressants dans l'épilepsie et les états schizophréniques. Les tâtonnements dans la recherche de la dose utile sont bien tolérés par le patient. La voie intramusculaire et même l'administration orale seraient efficaces.

P. CARRETTE.

**Sur un nouvel essai dans le traitement de la schizophrénie** (Sobre un nuevo ensayo en el tratamiento de la esquizofrenia), par René BUSTOS QUEZADA. *Medicina Moderna*. Valparaiso, 12<sup>e</sup> année, n° 3, octobre 1938.

L'auteur a injecté chez un schizophrène de la coraminé aux doses réputées convulsivantes: Il a obtenu du tremblement et des contractures, sans accès épileptiforme. Une amélioration notable a suivi. Il note que l'insuline agit sur les tissus encéphaliques philogéniquement les plus jeunes, d'où l'erreur de l'utiliser dans la catatonie. Le cardiazol à hautes doses ayant un effet déminéralisant, il conseille l'administration de sels de chaux et l'insuline à petites doses. Dans l'ensemble il lui apparaît que la tendance à employer trop souvent et trop tôt les thérapeutiques de choc constitue un danger. Ces essais ne sont pas anodins et s'adressent à des affections qui s'améliorent, dans 50 à 60 % des cas, spontanément ou avec l'aide de traitements généraux inoffensifs.

P. CARRETTE.

**Traitement total de l'organisme chez les schizophrènes** (Treatment of the Total Organism in Schizophrenic Patients), par William CORWIN et John W. THIDMSON. *The American Journal of Psychiatry*. T. VC, n° 5, p. 1059-1066, mars 1939.

Le ralentissement fonctionnel dans la schizophrénie est établi par de nombreux examens: baisse de la pression sanguine, insuffisance respiratoire, diminution des éliminations. Les auteurs proposent d'associer à la psychothérapie un essai de normalisation physiologique avec exercices physiques et inhalations d'oxygène. L'amélioration serait obtenue dans de nombreux cas, parfois après une période d'aggravation initiale.

P. CARRETTE.

**L'éthylothérapie intraveineuse chez les alcoolomanes**, par L. BRUEL. *Le Progrès médical*, n° 29, p. 1053-1054, 22 juillet 1939.

L'auteur croit aux accidents *a potu suspensio* chez les alcooliques d'habitude. Le délire des alcooliques n'est pas pour lui un délire alcoolique. L'alcool à 30 0/0 est injecté dans les veines par ampoules de 20 cm<sup>3</sup> puis le sevrage s'opère méthodiquement avec la cadence qui rappelle celle de toute toxicomanie. M. Bruel estime que le « besoin » disparaît après la cure, mais il fait appel à l'entourage et aux œuvres de tempérance pour obtenir une guérison durable.

P. CARRETTE.



**Le traitement des accidents nerveux de l'alcoolisme chronique par le sulfate de strychnine à doses massives** (Etude basée sur 120 cas), par Jacques DECOURT, Paul SIVADON et Joseph CHAILLET. - *Le Progrès médical*, n° 13-14, p. 263-266, 30 mars 1940.

Les auteurs n'ont pas craint de s'attaquer à l'alcoolisme chronique dans ses formes les plus tenaces, en dehors des accès aigus. Ils ont traité des sujets atteints de troubles du caractère et du comportement par des solutions de strychnine à 2 %. Les doses quotidiennes ont été de 4 ou 5 centigrammes pendant 15 ou 20 jours. Pour les formes graves, les accidents délirants et confusionnels au cours d'états chroniques, ils ont dû parfois injecter jusqu'à 15 centigrammes en 24 heures. Comme il s'agit de cas observés dans l'armée, il nous manque un élément capital, c'est le pronostic médiat. Les sujets sont rapidement guéris et récupérés, mais que deviennent-ils ?

P. CARRETTE.

**Résultats de 18 mois de traitement par le sulfate de benzédrine en psychiatrie** (The Results of Eighteen Months of Benzedrine Sulfate Therapy in Psychiatry), par Eugène DAVIDOFF et Edward C. REIFENSTEIN. *The American Journal of Psychiatry*. T. VC, n° 4, p. 945-970, janvier 1939.

Le sulfate de benzédrine est appliqué par voie orale à la dose de 10 à 30 mmgr., par voie intraveineuse à raison de 30 mmgr., en association avec l'amytal sodique par voie buccale. L'action stimulante sur les fonctions sympathiques se manifeste, non seulement par une amélioration du régime circulatoire, de l'état digestif et par une tendance à une meilleure régulation physiologique, mais également par une tendance à précipiter l'évolution favorable de certains états d'allure schizophrénique ou confusionnelle, de syndromes maniaco-dépressifs, d'intoxications et d'infections avec syndromes psychopathiques. Le plus grand bénéfice semble réalisé par les malades présentant des troubles organiques avec atteinte minime de la personnalité, comme dans l'alcoolisme subaigu, le parkinsonisme post-encéphalitique.

P. CARRETTE.

**Emploi du phosphate d'histamine et de la solution de peptone dans le traitement des névroses et des psychoses** (Use of Histamine Phosphate and Peptone Solution in the Treatment of Neuroses and Psychoses), par Wallace MARSHALL and James S. TARWATER. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXVIII, n° 1, p. 36-41, juillet 1938.

L'hypothèse d'un état psychoallergique à l'origine des troubles mentaux justifie une thérapeutique. Les auteurs se proposent de désensibiliser les malades au moyen de l'injection de phosphate d'histamine ou de peptone en solution à doses lentement progressives. Ils obtiennent 50 % d'améliorations dans des cas de schizophrénie, états maniaco-dépressifs et psychoses diverses.

P. CARRETTE.

**Traitement actuel du zona et de ses séquelles névritiques par les injections intra-dermiques de la solution histamine-histidine**, par CAGGINI. *Gazette médicale de France et des pays de langue française*, n° 9, p. 545-549, 1<sup>er</sup> mai 1939.

L'injection intradermique d'une goutte de la solution en de nombreux points du trajet douloureux suffit à provoquer la réaction locale et à produire la sédation. Pour le zona, il s'ajoute à l'analgésie un effet trophoneurotique qui précipite l'évolution favorable. Pour les séquelles névritiques le résultat serait supérieur à celui des autres agents récemment utilisés.

P. CARRETTE.

**Quadriplégie polynévritique dès le début d'un traitement par l'anastaphylotoxine**, par M. FAURE-BEAULIEU et Michel FELD. *Le Monde médical*, n° 937, p. 617-621, 1<sup>er</sup> juin 1939.

Si l'emploi de l'anatoxine staphylococcique est justifié dans les cas graves et chez les sujets jeunes il convient de ne l'utiliser qu'avec une extrême prudence chez des malades atteints de déficience cardio-rénale, de sclérose cardio-vasculaire pour combattre des lésions superficielles, même si elles sont étendues, récidivantes ou tenaces. Les accidents relatés par les auteurs surviennent chez une femme de 59 ans atteinte de pyodermite. Ils recommandent l'injection d'épreuve de 0 cm<sup>3</sup> 1. On a proposé l'intradermo-réaction. Malgré ces précautions la malade, après 4 injections, a présenté une polynévrite à forme motrice sévère qui dure depuis 5 mois.

P. CARRETTE.

**Le traitement des embolies cérébrales et ses bases physiologiques**, par S. de SÈZE. *L'entente médicale*, n° 10, p. 3-5, 5 mars 1939.

L'expérimentation confirme la notion déjà admise par les neurologistes que le spasme vasculaire joue constamment dans l'embolie un rôle néfaste. Il complète l'oblitération et, s'étendant, précise les menaces d'ischémie. D'où l'indication thérapeutique des vaso-dilatateurs qui agissent soit sur les nerfs de l'artériole comme l'acétylcholine, soit sur le muscle artériel comme la papavérine. D'autre part, il convient de ne pas favoriser la chute de tension : proscrire la saignée et utiliser les tonicardiaques.

P. CARRETTE.

**Traitement de l'acroparesthésie par l'acétylcholine** (The Treatment of Acroparesthesia with Acetylcholine), par K.-A. EKBOM. 8<sup>e</sup> Congrès des Neurologistes scandinaves. *Acta Psychiatrica et Neurologica*. T. XIV, fasc. 1-2, p. 311-324, Copenhague, 1939.

Les propriétés reconnues de l'acétylcholine suggèrent son emploi dans l'acroparesthésie. Le traitement prolongé donne fréquemment des résultats qui se maintiennent pendant plusieurs mois. M. Ekbom se refuse à fournir une explication logique de ces résultats et rappelle que l'acétylcholine se décompose rapidement dans l'organisme.

P. CARRETTE.

**La gènescopolamine. Son utilisation dans le parkinsonisme** (Genoscopolamine: its use in Parkinsonism), par John H. SCHARF. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXIX, n° 5, p. 682-688, mai 1939.

Le traitement des parkinsoniens est rendu difficile par la sécheresse de la gorge, les troubles visuels, les nausées, la tachycardie que présentent les malades après un emploi prolongé de datura, de belladone et surtout de seopolamine. Une amélioration de la rigidité, du tremblement, de la salivation peut être obtenue sans les inconvénients habituels grâce à l'emploi de la gènescopolamine, seule ou associée à l'atropine.

P. CARRETTE.

**Le traitement des migraines**, par Marcel PERRAULT. *Le Progrès médical*, n° 16, p. 557-558, 22 avril 1939.

L'auteur fait les emprunts les plus larges à l'actualité thérapeutique : correction des fonctions digestives, peptone, extraits glandulaires, auto-hémothérapie, ionisation, camphre et ammoniac, ergotamine, acétylcholine. Il constate qu'on guérit peu de migraineux, mais qu'on les améliore en soignant chez eux ce qui « a besoin d'être soigné ».

P. CARRETTE.

**Hypertrophie musculaire généralisée de l'adulte à constitution rapide et myxoedème fruste concomitants, cliniquement guéris par le traitement thyroïdien**, par P. MOLLARET et J. SIGWALD. *Revue neurologique*. T. LXXI, n° 5, p. 513-547, mai 1939.

L'hypertrophie musculaire associée à un déficit thyroïdien, disparaissant sous l'influence de l'opothérapie thyroïdienne, soulève une série de problèmes sur les relations de la glande avec le trophisme et la contractilité de la fibre musculaire. Il n'est pas possible de préciser la nature de la dystrophie. Peut-être s'agit-il d'une simple infiltration myxoédémateuse. En tous cas l'étude des rapports de ce trouble avec la myotonie, les myopathies et la maladie de Thomsen mérite d'être approfondie.

P. CARRETTE.

**Hypertrophie musculaire généralisée de l'adulte à constitution rapide et myxoedème fruste concomitants, électriquement très améliorés par le traitement thyroïdien**, par Georges BOURGUIGNON. *Revue neurologique*. T. LXXI, n° 5, p. 548-561, mai 1939.

L'étude électrophysiologique du cas de MM. Mollaret et Sigwald apporte la preuve de l'association véritable de myxoedème et de troubles musculaires. Les réactions électriques sont améliorées au cours du traitement thyroïdien. M. Bourguignon ne se prononce pas sur les rapports avec la maladie de Thomsen. Il doute de la spécificité de la réaction myotonique. Il croit qu'elle peut survenir en dehors de la myopathie et des cas étudiés dans le présent travail.

P. CARRETTE.

**Traitement des syndromes neuro-anémiques**, par T. HERNANDO. *Le Progrès médical*, n° 28, p. 1006-1020, 15 juillet 1939.

La thérapeutique des complications nerveuses de l'anémie pernicieuse s'est beaucoup améliorée dans ses techniques au cours des dernières années. On soigne les syndromes neuro-anémiques — on les prévient — par une cure avec les extraits hépatiques et les vitamines du complexe B ; mais il ne faut pas oublier les principes initiaux essentiels : repos absolu, alimentation adéquate, administration d'acide chlorhydrique. Les injections d'extrait hépatique ne suffisent pas. Il faut y ajouter l'ingestion de foie frais et de poudre de muqueuse gastrique.

P. CARRETTE.

**Le traitement de la poliomyélite aiguë** (The Treatment of Acute Poliomyelitis), par K. ZEINER-HENRIKSEN. 8<sup>e</sup> Congrès des Neurologistes scandinaves. *Acta Psychiatrica et Neurologica*. T. XIV, fasc. 1-2, p. 249-270, Copenhague 1939.

L'importance et la variété des moyens thérapeutiques à mettre en œuvre dans la poliomyélite aiguë exigent, pour donner leur plein effet, une organisation spéciale avec un personnel et un matériel appropriés. La cure comprend l'emploi très précoce des ondes ultra-courtes, la baignation avec mouvements passifs et actifs, puis le traitement électrique des muscles paralysés, complété par la mécanothérapie et la rééducation motrice.

P. CARRETTE.

**Lobectomie frontale bilatérale. Suite d'une observation** (Bilateral Frontal Lobectomy. Follow-up Report of a Case), par Richard M. BRICKNER. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XLI, n° 3, p. 580-585, mars 1939.

M. Brickner a publié à plusieurs reprises l'observation d'un sujet ayant subi en 1930 l'ablation des deux lobes frontaux. Les modifications réflexes, les troubles agnosiques se sont fixés progressivement, et depuis 1937 les crises convulsives ont disparu. Le niveau intellectuel correspond à l'âge de 9 ans. L'inconscience de la situation s'accompagne de troubles du caractère et l'auteur insiste sur l'absence d'euphorie.

P. CARRETTE.

**Traitement opératoire de la brachialgie** (Operative Treatment of Brachialgia), par Gunnar WIBERG. 8<sup>e</sup> Congrès des Neurologistes scandinaves. *Acta Psychiatrica et Neurologica*. T. XIV, fasc. 1-2, p. 153-164, Copenhague, 1939.

La brachialgie par compression vasculo-nerveuse avec troubles vaso-moteurs croissants et persistants s'observe dans des cas de poly-arthrite vertébrale, de côte cervicale. M. Wiberg montre les excellents résultats obtenus dans certaines formes rebelles par la ténotomie du scalène antérieur.

P. CARRETTE.

## MÉDECINE LÉGALE

**Infanticide et jalousie**, par le Professeur Aug. LEY (*Revue de Droit Pénal et de Criminologie*, 1940).

Meurtre concerté d'un enfant nouveau-né, accompli de commun accord par deux jeunes époux si fortement épris l'un de l'autre qu'une tierce personne leur paraît insupportable et que l'abandon d'une parcelle de leur affection, la cession d'une portion même minime du temps qu'ils se consacrent, la pensée des caresses qui pourraient aller à un enfant, leur semblent une insurmontable supplantation dans leur amour exclusif.

La passion sexuelle se propose des fins qui vont à l'encontre de cet instinct fondamental qu'est la reproduction de l'espèce. Ce cas pose la question des frontières, qu'il est parfois si difficile d'établir, entre la passion et la maladie. Cependant la notion des facteurs d'activité professionnelle, sociale et familiale, souvent conservés dans la passion « normale » et altérés dans la « passion morbide », peut permettre de les distinguer. D'autres éléments permettent d'ailleurs au psychiatre d'apprécier cliniquement l'intervention éventuelle d'une mentalité pathologique.

Chez les deux sujets qui servent d'exemple au très intéressant travail de M. Aug. Ley, on peut relever, et surtout chez l'homme, des traits de caractère indiquant un certain déficit du jugement et de l'auto-critique. Tous deux, présentant un complexe d'infériorité physique, trouvèrent dans leur amour réciproque une compensation réparatrice et devinrent les victimes de leur passion exclusive en conflit avec des instincts aussi fondamentaux que la maternité et la reproduction de l'espèce.

En terminant, l'auteur conclut qu'il faut avoir, avant tout, le souci de sauvegarder le point de vue de la sécurité morale collective, comportant en même temps que la notion de défense sociale, l'indispensable intimidation primitive.

René CHARPENTIER.

**Crimes en état de confusion mentale**, par Edgar LEROY et Pierre MASQUIN (*L'Encéphale*, avril 1939).

Les auteurs rapportent trois expertises concernant des crimes effectués au cours d'états confusionnels plus ou moins bien caractérisés et de plus ou moins longue durée, de classification imprécise, avec amnésie d'étendue variable, et dans lesquels persiste quelque coordination des actes.

Ils relèvent la difficulté du diagnostic, notamment avec la simulation, l'importance de l'état constitutionnel sous-jacent et des conditions physiques étiologiques (surmenage, erreurs alimentaires, sous-alimentation, insomnie, refroidissement, insolation, etc.). L'incertitude du pronostic, l'intérêt médico-légal de ces cas, la difficulté de prévenir ces réactions antisociales, le grave problème criminologique et social posé par les mesures judiciaires ou administratives à prendre à l'égard de sujets éminemment dangereux, mais dont l'état est susceptible d'améliorations rapides qui laissent toutefois subsister leur fragilité et la possibilité de réactions antisociales ultérieures.

René CHARPENTIER.

# VARIETÉS

---

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

### Séances

La séance ordinaire du mois de JANVIER de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 janvier 1941*, à 15 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

La séance ordinaire du mois de FÉVRIER de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 24 février 1941*, à 15 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

La séance ordinaire du mois de MARS de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 24 mars 1941*, à 15 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

### Nécrologie

M. le D<sup>r</sup> Georges LEMOINE, Professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Lille, ancien médecin de l'Hôpital psychiatrique d'Armentières (Nord), *Membre correspondant national de la Société Médico-psychologique* (depuis le 27 février 1888), Doyen des membres de la Société ;

M. le D<sup>r</sup> Roger DEDIEU-ANGLADE, Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques de la Seine, *Membre titulaire de la Société Médico-psychologique*.

## HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

### Nécrologie

M. le D<sup>r</sup> MAUCLAIRE, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris, Chirurgien en Chef honoraire des hôpitaux psychiatriques de la Seine, membre de l'Académie de Médecine ;

M. le D<sup>r</sup> E. JOLTRAIN, Ancien Chef de Clinique et de Laboratoire à l'Hôpital Cochin, ancien interne des hôpitaux de Paris et des hôpitaux psychiatriques de la Seine.

### Nomination

M. le D<sup>r</sup> X. LECLAINCHE, inspecteur général de la Santé, est nommé directeur administratif de l'Hôpital psychiatrique de Braqueville (Haute-Garonne).

## SECRÉTARIAT GÉNÉRAL A LA FAMILLE ET A LA SANTÉ

### Attributions du Dr Serge Huard, Secrétaire général à la Famille et à la Santé

Par décret en date du 10 septembre 1940, le *Secrétariat général à la Famille et à la Santé* est chargé d'établir les programmes d'assistance sociale et de coordonner l'action du personnel de l'assistance.

M. le Docteur Serge HUARD est nommé *Secrétaire général* et délégation générale lui est donnée à l'effet de signer, au nom du Ministre, Secrétaire d'Etat à l'Intérieur, tous actes, décisions et ordonnances diverses se référant aux matières de sa compétence.

(*Journal Officiel*, 11 septembre 1940).

Sont rattachées :

#### 1° à la *Direction de la Famille* :

les questions relatives à la famille : législation, organisations familiales, protection maternelle et infantile (questions non médicales), enfants assistés, colonies de vacances, logement familial, aide financière et matérielle aux familles, allocations familiales, etc.

#### 2° à la *Direction de la Santé (hygiène et assistance)* :

les questions relatives à l'hygiène sociale, à la salubrité publique et à l'hygiène générale, à la défense sanitaire et à la prophylaxie des épidémies, à l'assistance aux adultes, à la protection médicale maternelle et infantile, ainsi que l'attribution de subventions correspondantes.

(*Journal Officiel*, 19 septembre 1940).

Le *Journal Officiel*, en date du 19 septembre 1940, a publié également le décret du 18 septembre 1940 fixant l'organisation des *Services de contrôle et des Services extérieurs du Secrétariat général à la famille et à la Santé* (organisation des régions sanitaires).

Le *Journal Officiel*, en date du 29 octobre 1940, a publié une loi fixant les attributions des *Directeurs régionaux à la famille et à la Santé*, ainsi que les textes fixant l'organisation et statut de l'inspection générale de la Santé, et la création d'un *Conseil de perfectionnement des Ecoles d'infirmières, d'infirmières, d'assistants et d'assistantes du Service social*.

### Loi fixant les attributions des Directeurs régionaux à la Famille et à la Santé

Article premier. — A titre transitoire et jusqu'aux nouvelles décisions à intervenir concernant la réorganisation administrative du territoire, le Directeur régional de la Famille et de la Santé, placé sous l'autorité directe du Ministre Secrétaire d'Etat à l'Intérieur, exerce en son nom et par délégation immédiate les attributions fixées ainsi que suit.

Art. 2. — Il est le chef des services d'hygiène publique et sociale, des services d'assistance, des services de protection de l'enfance et d'aide à la famille, des départements qui composent sa région.

Il a qualité pour réclamer l'imputation, au budget d'un département de sa région, des crédits nécessaires au fonctionnement de ces services.

Art. 3. — Il est chargé de l'établissement et de la réalisation d'un plan d'équipement sanitaire et hospitalier pour l'ensemble de la région.

A cet effet, il propose, après avis des préfets, toute mesure administrative ou financière nécessaire à cette réalisation.

Art. 4. — Il est le chef de l'organisation hospitalière de la région.

A ce titre, il contrôle les établissements hospitaliers publics, tels qu'hôpitaux et hospices départementaux, communaux et intercommunaux, *hospitals psychiatriques*, sanatoria, préventoria, maisons maternelles, maternités, pouponnières, crèches, dans les conditions fixées par les lois et règlements en vigueur.

Les nominations et révocations des directeurs, des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux et hospices départementaux, communaux et intercommunaux, sont faites sur sa proposition.

Il a de même qualité pour provoquer le remplacement des membres des commissions administratives des hôpitaux et des hospices.

Dans les établissements de caractère privé, de même nature que ceux énumérés au présent article, les directeurs, les médecins, chirurgiens et spécialistes ne peuvent exercer leurs fonctions que si leur nomination a été agréée par lui.

Les établissements créés par des personnes, des sociétés ou des institutions privées, en vue du traitement médical, chirurgical, obstétrical, *neuro-psychiatrique*, ainsi que de la prévention et de la convalescence, sont placés sous son contrôle, qui s'exercera dans les conditions fixées par les lois et règlements en vigueur.

Art. 5. — Il est le chef des services médico-sociaux de la région.

Les nominations et révocations des médecins et des chefs administratifs des dispensaires, consultations et services de même nature, de caractère public, qui concourent à la lutte contre la tuberculose, les maladies vénériennes, la mortalité infantile, l'alcoolisme, le cancer, et toute autre maladie sociale, ne peuvent intervenir que sur sa proposition.

Aucun organisme de même nature, à caractère privé, ne peut être créé et fonctionner sans son autorisation. La nomination des chefs administratifs et techniques responsables du fonctionnement de ces organismes doit être soumise à son agrément préalable.

Art. 6. — Il est le chef des services d'assistance sociale de la région.

Les infirmières visiteuses et assistantes sociales, qu'elles appartiennent aux services publics d'hygiène et d'assistance et qui relèvent à ce titre de son autorité directe, qu'elles appartiennent à d'autres services publics ou à des institutions privées, quelle qu'en soit la nature, et qui relèvent à ce titre de son contrôle, participent obligatoirement à l'organisation régionale du service social et au fonctionnement de ce service, qui est réglementé par ses soins.

Art. 7. — Pour la stricte application des lois et règlements concernant l'exercice de la médecine, de la pharmacie, de l'herboristerie, de l'art den-



taire et, d'une manière générale, de toute profession qui se rattache à l'activité médicale et paramédicale, il institue une liaison active et permanente avec les organismes corporatifs de ces diverses professions.

Art. 8. — Il est assisté d'un personnel d'inspection et de contrôle, placé sous son autorité directe et qui comprend :

- 1° un ou plusieurs médecins inspecteurs de la santé et un ou plusieurs médecins inspecteurs adjoints de la santé ;
- 2° un ou plusieurs inspecteurs administratifs et inspecteurs administratifs adjoints de l'assistance ;
- 3° un ou plusieurs inspecteurs et inspecteurs adjoints de l'enfance ;
- 4° un ou plusieurs délégués régionaux à la famille.

Il répartit les services entre ces fonctionnaires dans la limite des attributions fixées pour chacun d'eux par les règlements les concernant.

(*Journal Officiel*, 29 octobre 1940).

## Organisation et statut de l'Inspection générale de la Santé au Ministère de l'Intérieur (Secrétariat général à la Famille et à la Santé)

### *Titre premier. Attributions. — Fonctionnement*

Article premier. — Le contrôle des services de la santé au ministère de l'Intérieur est assuré par trois inspecteurs généraux, qui portent le titre d'inspecteurs généraux de la santé.

Art. 2. — Les inspecteurs généraux, placés sous l'autorité du ministre secrétaire d'Etat à l'Intérieur, exercent en son nom et par délégation immédiate, le contrôle sur les services et établissements d'hygiène, de protection de la santé publique et d'assistance relevant de l'autorité du ministère de l'Intérieur.

Ce même contrôle s'étend aux services et établissements de même nature créés et gérés par les associations déclarées conformément aux dispositions de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901.

Art. 3. — Les inspecteurs généraux de la santé procèdent à des inspections annuelles et peuvent être chargés de missions spéciales. Ils n'ont pas qualité pour donner des ordres en cours d'inspection ou de mission, sauf sur instructions formelles du ministre ou en cas d'urgence exceptionnelle, à charge de lui en référer immédiatement.

Art. 4. — Les inspecteurs généraux rendent compte individuellement de leurs inspections ou missions, par des rapports spéciaux.

En outre, ils remettent chaque année au ministre un rapport d'ensemble publié en totalité ou en partie au *Journal Officiel*.

### *Titre II. Recrutement*

Art. 5. — Les inspecteurs généraux de la santé sont recrutés parmi :

- 1° Les fonctionnaires de l'administration centrale, docteurs en médecine, ayant au moins le grade de sous-chef de bureau ;
- 2° Les médecins inspecteurs de la santé comptant au moins six ans d'exercice effectif de leur fonction ;

3° Les médecins des hôpitaux psychiatriques comptant au moins dix ans d'exercice effectif de leur fonction ;

4° Les médecins directeurs et médecins chefs des sanatoriums publics comptant six ans au moins d'exercice effectif de leur fonction.

Les candidats devront être âgés de quarante ans au moins. Les nominations se font à la dernière classe de l'emploi.

Toutefois, les fonctionnaires des catégories ci-dessus visées recevront le traitement égal ou immédiatement supérieur à celui qu'ils recevaient.

### *Titre III. Avancement. — Indemnités*

Art. 6. — L'avancement, dans l'ensemble du cadre, a lieu d'une classe à la classe immédiatement supérieure ; il ne peut être accordé qu'après deux années de services dans la classe occupée.

Art. 7. — Aucune indemnité ou avantage accessoire, de quelque nature que ce soit, ne peut être attribué aux inspecteurs généraux de la santé, qu'en conformité d'un décret contresigné par le ministre des finances.

Art. 8. — Les inspecteurs généraux de la santé sont classés, pour le remboursement des frais de tournées ou de missions, dans le groupe 1 des services annexes et extérieurs mentionnés à l'article 1<sup>er</sup> du décret du 23 mars 1935, fixant les frais de mission et de tournées des fonctionnaires relevant du ministère de l'intérieur.

### *Titre IV. Dispositions générales*

Art. 9. — Les inspecteurs généraux de la santé ne peuvent être révoqués que par décret, sur proposition du ministre secrétaire d'Etat à l'intérieur, et après avis d'un conseil de discipline comprenant :

le président de la section d'hygiène du Conseil d'Etat, le président de l'Académie de médecine, le directeur de la santé, un inspecteur général de la santé.

(*Journal officiel*, 29 octobre 1940).

## **Institution d'un Comité consultatif d'hygiène de France**

Par décret du 15 octobre 1940, le Conseil Supérieur d'Hygiène publique de France et le Conseil Supérieur d'Hygiène sociale ont été supprimés.

Il est institué auprès du Ministère de l'Intérieur (Secrétariat général à la Famille et à la Santé) un *Comité consultatif d'Hygiène de France*. Ce Comité délibère sur toutes les questions intéressant la protection de la santé qui lui sont soumises par le Gouvernement. Il est nécessairement consulté dans tous les cas où la législation antérieure prévoyait le recours obligatoire aux avis du Conseil Supérieur d'Hygiène.

La présidence du Comité consultatif appartient de droit au *Secrétaire général à la Famille et à la Santé*. Il peut la déléguer à l'un des vice-présidents.

Toute question soumise à l'avis du Comité consultatif est confiée par le président, pour étude, à l'une des 11 sections suivantes : tuberculose ; maladies vénériennes ; cancer ; alcoolisme et toxicomanies ; laboratoires, sérum et vaccins ; eaux, assainissement, urbanisme et hygiène rurale ; stations

hydrominérales, élimatiques et uvaies ; alimentation ; épidémiologie ; propagande et éducation sanitaire.

Les problèmes d'hygiène ne ressortissant pas directement à l'une de ces sections seront soumis à une Commission nommée à cet effet par le président parmi les membres du Comité consultatif.

Les sections peuvent convoquer pour avis toute personnalité compétente, étrangère au Comité consultatif.

### **Institution d'un Comité de l'Assistance de France**

Par décret du 15 octobre 1940, le Conseil Supérieur de l'Assistance publique a été supprimé.

Il est institué auprès du Ministère de l'Intérieur (Secrétariat général à la Famille et à la Santé) un *Comité de l'Assistance de France*. Ce Comité est chargé de l'examen de toutes les questions qui lui sont soumises par le Ministre et qui intéressent l'organisation, le fonctionnement et le développement de l'assistance et de l'administration hospitalière. Il étudie les questions du même ordre qui lui sont soumises par son bureau sur la proposition de ses membres. Il peut émettre des vœux..

Le Comité tient, chaque trimestre, au minimum, une session ordinaire dont la date est fixée par décision ministérielle au moins dix jours à l'avance. Des sessions extraordinaires peuvent avoir lieu sur convocation du Ministre.

La *présidence* du Comité appartient de droit au *Secrétaire général à la Famille et à la Santé*. Il peut la déléguer à l'un des vice-présidents.

Le Comité comprend une section permanente, ayant, en particulier, pour mission de donner son avis sur toutes les questions présentant un caractère d'urgence qui lui sont renvoyées par le Ministre ou par le Comité. Elle est chargée de l'étude des questions concernant l'assistance sociale en général et la coordination des efforts publics et privés en matière d'assistance ou de service social. La section permanente se réunit au moins une fois par mois.

Le Comité comprend également quatre sections spéciales :

- 1° enfance : services et institutions d'assistance ;
- 2° indigents ou nécessiteux, valides ou malades : établissements et services d'assistance ;
- 3° vieillards, infirmes et incurables : hôpitaux et hospices, maisons de retraite ;
- 4° aliénés et autres services d'hygiène mentale et assistance.

### **Nomination de Conseillers sanitaires techniques**

Par arrêté de M. Mareel Peyrouton, Ministre Secrétaire d'Etat à l'Intérieur, en date du 2 décembre 1940, sont nommés *membres du Comité consultatif d'hygiène de France et conseillers sanitaires techniques* :

*Alcoolisme et Toxicomanies* : M. le Dr PÉRON, médecin des hôpitaux de Paris ;

*Psychiatrie* : M. le Dr DELAY, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des hôpitaux.

Sont rapportées toutes les nominations antérieures au présent arrêté.

## HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

## Loi du 4 novembre 1940 relative à la nouvelle réglementation applicable aux débits de boissons

RAPPORT AU MARÉCHAL DE FRANCE, CHEF DE L'ÉTAT FRANÇAIS

*Vichy, le 4 novembre 1940.*

MONSIEUR LE MARÉCHAL,

La loi du 23 août 1940 contre l'aleoolisme (1), en limitant la vente au public des boissons à base d'aleool, en abaissant le titre des boissons mises en vente, en retirant, aux délinquants en état d'ivresse, le bénéfice des circonstances atténuantes, en prévoyant, en cas d'infractions, la fermeture obligatoire des débits, a pris les premières mesures qui permettront à la nation de s'orienter vers un redressement.

Ces dispositions, qui concernent plus spécialement le présent, ne font toutefois pas obstacle à un ensemble de mesures visant l'avenir. Bien au contraire, elles les impliquent.

Il n'est pas question de porter atteinte aux droits acquis par les tenanciers de débits de boissons. Mais il importe de prévoir, pour l'avenir, des dispositions restreignant le développement d'un commerce qui risque de porter atteinte aux forces vives du pays.

A l'égard de la jeunesse, à l'égard des personnes de santé précaire, il y a lieu de prévoir et d'organiser, dans la mesure du possible, une sauvegarde contre les tentations ou les faiblesses.

Dans cet esprit déjà, les lois du 17 juillet 1880 et du 30 juillet 1913 notamment avaient donné aux maires et aux préfets le droit de déterminer, autour des édifices cultuels et des établissements d'instruction publique, des périmètres à l'intérieur desquels serait interdite l'ouverture de nouveaux débits.

Mais le législateur avait prévu la consultation préalable des Conseils municipaux et des Conseils généraux (dans ce dernier cas, il fallait même l'avis conforme de cette assemblée).

Il est apparu opportun, d'une part, de réserver l'exercice de ce pouvoir réglementaire à l'autorité préfectorale en le retirant à l'organe local et décentralisé. La procédure de consultation des assemblées délibérantes s'est révélée ou inutile, ou retardatrice, ou paralysante. Il importe que, dans l'œuvre que s'est assignée le Gouvernement, la volonté du pouvoir central soit fidèlement et promptement exécutée par ses représentants directs.

D'autre part, il est apparu nécessaire d'étendre le pouvoir réglementaire donné en l'occurrence aux Préfets; La tâche de reconstruction nationale tend à assurer au pays une jeunesse dont les goûts sportifs soient plus développés; elle veut une jeunesse forte pour faire une France régénérée; elle veut assurer aux malades et aux débiles de meilleures conditions de rétablissement.

A cet effet, les Préfets pourront, avec les dispositions qui suivent, protéger efficacement les créations neuves, telles les camps de jeunesse, les colonies

(1) Voir *Annales Médico-psychologiques*, octobre 1940, page 189.

de vacances, les stades, les préventoria et les sanatoria contre le développement ultérieur ou la création de nouveaux débits de boissons.

Ces dispositions compléteront les mesures déjà prises pour combattre le fléau actuel de l'alcoolisme et en écarter la menace pour la jeunesse de France.

Tel est l'objet du présent décret auquel nous avons l'honneur de vous prier de vouloir bien donner votre haute sanction.

*Le Ministre, Secrétaire d'Etat à l'Intérieur,*  
*Signé : PEYROUTON.*

LOI RELATIVE A LA NOUVELLE RÉGLEMENTATION APPLICABLE  
AUX DÉBITS DE BOISSONS

Nous, Maréchal de France, Chef de l'Etat français :  
Le Conseil des Ministres entendu,

DÉCRÉTONS :

*Article premier.* — Les Préfets pourront prendre des arrêtés pour déterminer, sans préjudice des droits acquis, les distances auxquelles les cafés et débits de boissons ne pourront être établis autour des édifices consacrés à un culte quelconque, des cimetières, des hospices, de tous établissements d'instruction publique, des sanatoria, des préventoria et des organismes publics créés en vue du développement physique de la jeunesse et de la protection de la santé publique.

*Article 2.* — L'article 9 de la loi du 17 juillet 1880 et l'article 46 de la loi du 30 juillet 1913 sont abrogés.

*Article 3.* — Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* et exécuté comme loi d'Etat.

*Fait à Vichy, le 4 novembre 1940.*

*Signé : Ph. PÉTAÏN.*

*(Journal Officiel, 6 novembre 1940).*

LÉGISLATION MÉDICALE

Loi concernant l'exercice de la Médecine

Nous, Maréchal de France, Chef de l'Etat Français,  
Le Conseil des Ministres entendu,

DÉCRÉTONS :

*Article premier.* — Nul ne peut exercer la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de pharmacien en France ou dans les Colonies françaises s'il ne possède la nationalité française à titre originaire comme étant né d'un père français.

*Art. 2.* — Sur proposition du Secrétaire général à la Santé publique, un décret contresigné par le Ministre, Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Jeu-

nesse, peut autoriser ceux qui ne remplissent pas la condition prévue par l'article 1<sup>er</sup> à exercer la médecine en France :

- a) s'ils ont scientifiqument honoré leur patrie d'adoption ;
- b) s'ils ont servi dans une unité combattante de l'armée française au cours des guerres de 1914 ou 1939.

Art. 3. — La condition prévue par l'art. 1<sup>er</sup> n'est pas exigée :

1° des personnes réintégrées de plein droit dans la nationalité française à dater du 11 novembre 1918 lorsqu'elles descendent, en ligne paternelle s'il s'agit d'enfants légitimes, et en ligne maternelle s'il s'agit d'enfants naturels, d'un ascendant ayant perdu la nationalité par application du traité franco-allemand du 10 mai 1871 ou lorsqu'elles sont nées en Alsace-Lorraine avant le 11 novembre 1918 de parents inconnus ainsi que des personnes qui auraient eu droit à cette réintégration si elles n'avaient déjà acquis ou revendiqué la nationalité française antérieurement au 11 novembre 1918 ;

2° des enfants naturels nés en France de parents non dénommés ou de mère française et de père inconnu à condition toutefois qu'ils n'aient pas été postérieurement reconnus ou légitimés par un père étranger.

Art. 4. — Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* et exécuté comme Loi de l'Etat.

Fait à Vichy, le 16 août 1940.

Paru au *Journal Officiel* le 19 août 1940.

*Par le Maréchal de France, Chef de l'Etat Français,*  
Signé : PH. PÉTAÏN.

*Le Ministre, Secrétaire d'Etat à la Famille  
et à la Jeunesse,*  
Signé : YBARNÉGARAY.

## Application de la loi du 16 Août 1940 concernant l'exercice de la Médecine

Art. 1<sup>er</sup>. — Les demandes de dérogations prévues par l'article 2 de la loi du 16 août 1940 devront être adressées au ministre secrétaire d'Etat à l'intérieur.

Art. 2. — Elles seront établies dans la forme prescrite au tableau annexé au présent décret.

Art. 3. — La demande sera déposée à la préfecture du domicile du requérant. Elle sera transmise au ministre secrétaire d'Etat à l'intérieur avec l'avis motivé du préfet et du Conseil de l'ordre des médecins du département.

Art. 4. — La décision sera prise par le ministre secrétaire d'Etat à l'intérieur, sur la proposition d'une commission supérieure de contrôle.

Art. 5. — Cette commission sera composée de trois membres :  
le directeur de la santé, ou son représentant ;  
un docteur en médecine désigné par le Conseil supérieur de l'ordre des médecins ;  
un membre du Conseil d'Etat désigné par décret.

Art. 6. — Les demandes formulées par les médecins exerçant actuellement en France, devront être adressées dans le mois suivant la publication du présent décret.

Toutefois, pour les médecins prisonniers de guerre, ce délai d'un mois partira du jour de leur libération.

Art. 7. — A titre transitoire, les demandes seront transmises par les préfets sans l'avis du Conseil départemental de l'ordre des médecins, tant que celui-ci ne sera pas constitué.

(*Journal officiel*, 29 octobre 1940).

## Loi du 7 octobre 1940 instituant un Ordre des Médecins (1)

Nous, Maréchal de France, Chef de l'Etat Français ;

Le Conseil des Ministres entendu,

DÉCRÉTONS :

*Article premier.* — Nul ne peut exercer la médecine s'il n'est habilité à cet effet par un conseil professionnel dit Conseil de l'Ordre des Médecins.

### TITRE PREMIER

#### SECTION I. — Du Conseil Supérieur

*Article 2.* — Il est créé, auprès du Ministre Secrétaire d'Etat à l'Intérieur, un Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins.

*Article 3.* — Ce Conseil est composé de douze docteurs en médecine, nommés par décret, parmi lesquels sera choisi le président de qui, en cas d'égalité de suffrages, la voix sera toujours prépondérante.

Un membre du Conseil d'Etat exerce auprès d'eux les fonctions de conseiller juridique.

Le Conseil est renouvelable par tiers tous les deux ans.

*Article 4.* — Le Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins se réunit au moins une fois par trimestre.

Il maintient la discipline intérieure et générale de l'ordre.

Il assure le respect des lois et règlements qui le régissent.

Il a la garde de son honneur, de sa morale et de ses intérêts.

Il fait tous règlements d'ordre intérieur nécessaires pour atteindre ces buts.

Il délibère sur les affaires soumises à son examen.

Il est l'interprète des médecins auprès des pouvoirs publics.

#### SECTION II. — Des Conseils départementaux

*Article 5.* — Il est établi, au chef-lieu de chaque département, un conseil de l'ordre des médecins.

*Article 6.* — Les membres de ce conseil, au nombre de cinq à quinze, sont nommés par le Ministre Secrétaire d'Etat à l'Intérieur, sur la proposition du Conseil Supérieur de l'ordre des médecins.

(1) *Journal Officiel*, 26 octobre 1940.

Ils sont renouvelables par tiers tous les deux ans.

Ils sont choisis parmi les docteurs en médecine qui exercent leur art sur le territoire du département.

Le bâtonnier de l'ordre des avocats exercera, auprès d'eux, les fonctions de conseiller juridique.

Il pourra, par un acte exprès, déléguer ses fonctions à l'un de ses confrères.

*Article 7.* — Sur toute l'étendue de son ressort, le conseil de l'ordre des médecins surveille l'exercice de la médecine.

Il examine les problèmes qui s'y rapportent et peut en saisir le conseil supérieur de l'ordre.

## TITRE II

### DU TABLEAU ET DE LA DISCIPLINE

*Article 8.* — Dans chaque département, le conseil de l'ordre des médecins dresse un tableau public des personnes qui, remplissant les conditions imposées par les lois et règlements concernant l'exercice de la médecine sont admises par lui à pratiquer leur art.

*Article 9.* — L'inscription au tableau est prononcée par le conseil après vérification des titres du demandeur.

Elle peut être refusée par décision motivée, si les conditions requises de moralité n'apparaissent point réunies.

Appel de cette décision pourra être porté devant le Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins. Le recours pour excès de pouvoir sera ouvert devant le Conseil d'Etat, contre la décision du Conseil Supérieur.

*Article 10.* — Au moment de leur inscription au tableau, les médecins prêtent serment, devant le conseil de l'ordre, d'exercer leur art avec conscience et probité.

*Article 11.* — L'inscription doit être demandée par les médecins au conseil de l'ordre du département dans lequel ils sont établis.

En cas de changement de domicile, l'inscription sera transférée au tableau du nouvel établissement, à la diligence de l'intéressé.

L'inscription au tableau d'un département ne fait pas obstacle à l'exercice de la médecine sur l'ensemble du territoire.

*Article 12.* — Le Conseil départemental appellera à sa barre les médecins qui auraient manqué aux devoirs de leur charge.

L'action sera intentée, soit à la requête de l'un des membres du Conseil siégeant en Comité secret, soit sur injonction du Ministre Secrétaire d'Etat à l'Intérieur, le Conseil supérieur de l'ordre des médecins entendu.

*Article 13.* — Le Conseil pourra prononcer l'une des peines suivantes :

1° un blâme en chambre du conseil ;

2° un avertissement public, avec inscription au dossier personnel ;

3° une suspension d'une durée maximum d'un an ;

4° l'interdiction à toujours d'exercer la médecine comportant radiation du tableau.

*Article 14.* — Appel de ces décisions pourra être porté devant le Conseil supérieur de l'ordre des médecins, qui statuera, sauf recours pour excès de pouvoir devant le Conseil d'Etat.



*Article 15.* — L'action disciplinaire des conseils de l'ordre ne fait pas obstacle aux poursuites que le Ministère public ou les particuliers voudraient intenter devant les tribunaux de l'ordre judiciaire pour la répression des infractions pénales ou la réparation des délits civils.

*Article 16.* — Le Conseil départemental assure dans son ressort la défense des intérêts matériels de l'ordre et en gère les biens. Il fixe, d'accord avec le Conseil supérieur, le montant des cotisations qui devront être versées par les membres de l'ordre.

### TITRE III

#### DISPOSITIONS GÉNÉRALES

*Article 17.* — Les médecins n'auront pas le droit de se grouper en associations syndicales, régies par le livre III du Code du Travail.

Les Syndicats des médecins existant à ce jour sont déclarés dissous. Leur patrimoine sera dévolu aux organismes de coopération, de mutualité, d'assistance ou de retraite qui seront créés dans chaque département par les conseils de l'ordre, après avis du Conseil supérieur, au bénéfice des médecins et de leur famille.

Ces biens seront placés sous séquestre à la requête du Ministère public, par ordonnance du Président du tribunal civil du ressort. Ils seront liquidés sans frais dans un délai de deux mois et transférés au conseil départemental de l'ordre.

*Article 18.* — A l'expiration de l'année qui suivra la promulgation de la présente loi, le Conseil supérieur de l'ordre des médecins et les Conseils départementaux seront dissous de plein droit et remplacés par des Conseils élus. Les modalités de l'élection seront fixées par des règlements d'administration publique. Ces mêmes règlements détermineront l'étendue des circonscriptions assignées aux Conseils élus.

*Article 19.* — Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* pour être observé comme loi de l'Etat.

*Fait à Vichy, le 7 octobre 1940.*

Par le Maréchal de France, Chef de l'Etat français :

Ph. PÉTAÏN.

*Le Ministre, Secrétaire d'Etat à l'Intérieur,*  
MARCEL PEYROUTON.

*Le Garde des Sceaux,*  
*Ministre, Secrétaire d'Etat à la Justice,*  
RAPHAËL ALIBERT.

### ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix décernés par l'Académie de Médecine en 1940 :

PRIX BAILLARGER (2.500 francs)

Le prix est attribué à M. le Dr J. VIÉ, Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, pour un mémoire sur *Le placement familial des aliénés et des psychopathes.*

## PRIX BOULLARD (2.000 francs)

Le prix est attribué à M. le D<sup>r</sup> MARCHAND, Médecin-Chef honoraire à l'Hôpital psychiatrique Sainte-Anne, à Paris, pour un volume intitulé : *Maladies mentales. Etudes anatomo-biologiques.*

## PRIX HERPIN (de Genève) (3.000 francs)

Le prix est attribué à Mme le D<sup>r</sup> BONNAFOUS-SÉRIEUX, Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique d'Alençon, pour un travail sur *La Charité de Senlis.*

## PRIX LORQUET (400 francs)

Le prix est attribué à M. le D<sup>r</sup> Jean NAUDASCHER (de Neuilly-sur-Marne) pour un mémoire sur *Les psychoses délirantes d'involution.*

## PRIX POURAT (1.500 francs)

Le prix est attribué à M. le professeur HERMANN (de Lyon) pour un travail intitulé : *Des fonctions nerveuses qui subsistent après l'ablation de la moelle épinière.*

## PRIX ROUSSILHE (10.000 francs)

Le prix est partagé entre :

M. le D<sup>r</sup> PATENNEVILLE (de Rouen) : *Dix-huit années de lutte antivénérienne dans la région rouennaise,*

et Mlle le D<sup>r</sup> BUISSON, interne à l'Hôpital psychiatrique de Villejuif, pour son mémoire sur *La thérapeutique intracérébrale de la paralysie générale,*

---

*Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.*

---

Imprimé par Imp. A. COUESLANT (personnel intéressé)  
à Cahors (France). — 61.441

# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

---

## MÉMOIRES ORIGINAUX

---

### LA LUTTE CONTRE L'OPIUM ET LES STUPÉFIANTS

*sur le plan international, en ces dernières années*

PAR

A. POROT (d'Alger)

#### Rappel historique

Il y a fort longtemps que la question de l'opium a préoccupé les hygiénistes et les nations soucieuses de lutter contre l'extension de ce fléau ; il mine l'Extrême-Orient, mais a poussé d'importantes offensives en Occident et dans le Nouveau Monde, surtout par ses produits manufacturés (morphine, héroïne).

Au temps où le lyrisme de Thomas de Quincey entonnait l'hymne « au divin, au puissant, au subtil opium », c'est-à-dire au début du XIX<sup>e</sup> siècle, les pilules d'opium se vendaient déjà en grand nombre et à boutique ouverte chez les droguistes de Londres et du Norfolk à une clientèle d'ouvriers qui venaient y chercher la détente hebdomadaire à leurs misères, ainsi qu'à quelques esthètes.

L'application de la méthode hypodermique à la morphine par Wood vers le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle ouvrit la porte à la morphino-

manie, d'abord d'origine thérapeutique, puis passionnelle, qui connut sa plus grande vogue vers la fin du XIX<sup>e</sup> siècle.

Des fumeries d'opium s'installaient en même temps dans les grandes villes et dans les ports d'Europe et d'Amérique.

Rappelons aussi la vague d'assaut de la cocaïne entre 1910 et 1920. Le vote de la loi du 12 juillet 1916 sur les toxiques, en France, est dû en grande partie à cette alerte.

Actuellement, morphine et cocaïne battent en retraite et cèdent leurs marchés à l'héroïne (diacétylmorphine) qui jouit du double avantage de se priser comme la cocaïne et de pouvoir se dissoudre pour ceux qu'asservit encore la tyrannie de la seringue.

La culture de l'opium est une source de richesse considérable pour les pays producteurs (tout comme la viticulture pour d'autres pays) et l'on s'explique les grandes difficultés auxquelles se sont heurtées les tentatives isolées ou collectives qui osaient s'attaquer à cette puissance économique.

Faut-il rappeler la célèbre « Guerre de l'opium » que les Anglais livrèrent il y a un siècle, en 1839, à l'Empereur de Chine qui voulait appliquer des édits prohibitifs et draconiens contre l'opium et avait fait jeter à la mer une importante cargaison venue des Indes dans un de ses ports.

C'est seulement en mai 1906 que, par un tardif remords et après 60 ans de commerce prospère, la Chambre des Communes, à l'instigation de la Chine, demanda au Gouvernement anglais de supprimer le trafic de l'opium « moralement injustifiable ». A la même époque, un Edit de l'Empereur de Chine décrétait l'extinction en 10 ans de la culture du pavot et de l'opium en Chine ; mais ces mesures ne furent pas appliquées dans toutes les provinces.

*Les Conventions Internationales.* — De ce moment datent, pour l'honneur de notre pauvre humanité, une série de réunions collectives, d'où sont sorties plusieurs *Conventions Internationales* importantes, dont l'effet a permis de réglementer la vente licite des substances toxiques et de pourchasser le trafic illicite, malheureusement formidable encore. Ce sont :

1° *la Convention de l'opium de La Haye*, du 25 janvier 1912, signée à l'heure actuelle par 60 Etats ;

2° *la Convention de l'opium de Genève*, du 19 février 1925, signée par 54 Etats ;

3° *la Convention pour limiter la fabrication et réglementer la distribution des stupéfiants*, de Genève, du 13 juillet 1931 et signée par 64 Etats.

Un accord relatif à la suppression de l'habitude de fumer l'opium avait été signé à Bangkok le 17 novembre 1931. Ratifié par le Royaume-Uni, la France, les Pays-Bas, le Portugal, le Siam, il n'est pas encore entré en vigueur.

La « Commission Consultative du trafic de l'opium et autres drogues nuisibles », instituée à Genève auprès de la Société des Nations, a poursuivi pendant 25 ans une œuvre méritoire, rassemblée de multiples renseignements apportés par les délégués de nombreux pays (certains d'entre eux, comme le Japon, qui ne font plus partie de la Société des Nations ont continué à envoyer leurs délégués à cette Commission) et surtout a centralisé une documentation des plus instructives.

Outre l'opium et ses dérivés, elle s'est intéressée aussi à la cocaïne et, en ces dernières années, a créé un *Sous-Comité de la Cannabis*, pour étudier le problème du chanvre indien ou haschich, qui continue à sévir dans le Proche-Orient et en Afrique du Nord, mais a surtout fort inquiété l'Amérique du Nord où il a fait son apparition sous le nom de « marihuana ».

Chaque année, cette Commission résume ses travaux dans un intéressant et substantiel rapport.

C'est l'étude des rapports de ces cinq dernières années qui va nous permettre d'esquisser et de résumer l'état actuel de cette question de l'opium et des stupéfiants à travers le monde (1).

\*  
\*\*

## Opium et ses dérivés

### I. — LES MATIÈRES PREMIÈRES ET LES PRODUITS SURVEILLÉS

a) *Matières premières.* — L'opium brut, celui qu'on retire par incision des capsules du *Papaver somniferum*, fait toujours l'objet d'un important trafic national et international.

La culture du pavot se pratique toujours sur une grande échelle. Réglementée dans beaucoup de pays, libre dans d'autres, clandestine un peu partout, elle fournit la matière première qui servira à la préparation de l'opium à consommer ou à l'extraction des alcaloïdes.

(1) Ces Rapports appartiennent à la *Série des Publications de la Société des Nations* : XI. *Opium et autres drogues nuisibles*.

Et voici leurs numéros officiels : C. 530, M. 241, 1934, XI ; C. 253, M. 125, 1935, XI ; C. 278, M. 168, 1936, XI ; C. 285, M. 186, 1937, XI ; C. 237, M. 136, 1938, XI.

L'opium brut le plus recherché paraît, sans conteste, celui de l'Iran, puis celui d'Extrême-Orient (Chine, Formose). Opium iranien et opium chinois se concentrent à proportions à peu près égales sur les grands marchés chinois, d'où cette matière première va se répartir sur tous les centres utilisateurs.

Estimer la production totale d'opium est difficile. Il est certain qu'elle dépasse énormément les besoins mondiaux. Toutefois, il a paru à la Commission de Genève qu'au cours de la période de 1930 à 1935, il y a eu une diminution progressive dans la superficie des cultures de pavots et dans la quantité d'opium brut des principaux pays producteurs, à la suite de politiques de restriction délibérément adoptées. Dans l'Inde Britannique, la superficie des cultures a été réduite des  $\frac{4}{5}$  environ au cours de ces cinq dernières années. Nous verrons plus loin l'effort énergique tenté par la Chine, malheureusement contrarié par la guerre japonaise. En Turquie et en Iran, la superficie des cultures était évaluée en 1935 à moins de la moitié de ce qu'elle était en 1931.

La Commission a estimé que *les larges stocks d'opium brut accumulés suffiraient à eux seuls à parer aux besoins mondiaux pour une période de deux à trois années* et c'est pourquoi elle envisageait un plan de limitation par voie d'accord international et dans l'intérêt de tous.

*L'opium préparé*, prêt pour la consommation (pipes ou pilules), circule très largement en Extrême-Orient et fait aussi l'objet d'un trafic international (Méditerranée, Amérique du Nord), comme en témoignent les nombreuses saisies en divers pays.

*La morphine-base (base noire ou morphine brute)* fait aussi l'objet de trafic. *L'opium en poudre*, signalé dans certaines saisies, correspond à cette morphine-base.

La teneur en morphine en est variable. Elle était de 76 % dans les saisies faites il y a peu d'années sur un stock illicite saisi dans un train allant des Balkans en France.

Le « *dross* » (résidu d'opium après fumée) est très riche encore en morphine et fait l'objet d'un commerce important en certaines provinces d'Extrême-Orient. Mais comme il est souvent refumé par les pauvres, la Commission s'est inquiétée de faire préciser son origine et de savoir s'il a subi une ou plusieurs ignitions.

Signalons enfin qu'en ces dernières années on a utilisé, pour l'extraction de la morphine et de la codéine, en certains pays (Pologne, Hongrie) *la paille de pavot* (plante de pavot sèche). Le Danemark, l'U.R.S.S. ont fait d'intéressantes études sur cette

extraction. Le procédé polonais a déjà fait l'objet de brevets en de nombreux pays d'Europe. Le rendement en morphine et codéine serait considérablement plus élevé que celui obtenu jusqu'ici par tout autre procédé. Aussi, la paille de pavot est utilisée de plus en plus comme matière première pour la fabrication de la morphine, de la codéine. C'est ce que montre le tableau suivant, pour la Hongrie :

Année	Quantité de paille de pavot utilisée	Quantité de morphine extraite
—	—	—
1933 .....	260 tonnes	187 kgs
1934 .....	451 tonnes	331 kgs
1935 .....	987 tonnes	499 kgs

b) *Produits manufacturés.* — Ce sont la morphine et plus encore la *diacétylmorphine* ou *héroïne* qui retiennent la vigilance de la Commission.

Les *ravages de l'héroïne* sont considérables depuis quelques années. Elle s'infiltré partout par la voie clandestine, comme le montrent les innombrables saisies. Elle a chassé la morphine, la cocaïne de leurs marchés. D'un emploi discret, d'une manipulation facile, d'un pouvoir d'action et d'une tyrannie plus grande que les autres drogues, elle capte et fixe une clientèle intéressante et lucrative pour les trafiquants.

A poids égal, son action passe pour trois fois plus active que celle de la morphine. On estime qu'un kilogramme de morphine correspond à 62.000 doses médicales moyennes et un kilogramme d'héroïne à 185.000 doses médicales moyennes (chiffres donnés par la Commission).

Or, c'est sur des kilogs ou des centaines de kilogs que portent les saisies.

Un autre témoignage de cet énorme développement de l'héroïne est fourni par le contrôle des importations d'anhydride acétique nécessaire à la fabrication de l'héroïne qui sont devenues énormes en certains pays.

Depuis 1922, s'est développée en Chine l'habitude des *pillules d'héroïne* qui peuvent remplacer dans la pipe les boulettes d'opium. Cette habitude s'est répandue surtout dans la classe pauvre, parce que la pilule d'héroïne est bien moins chère que la boulette d'opium ; mais elle est infiniment plus nocive. Changhaï est le centre le plus important de cette fabrication toujours clandestine, souvent par des procédés primitifs. Ces pilules, « pilules

rouges », sont un mélange d'héroïne ou de morphine, de caféine, de strychnine, de quinine, de lactose, de farine ou d'amidon, de gomme adragante, parfois aromatisées ou parfumées.

Les fumeries de pilules sont très nombreuses en Extrême-Orient. Leur trafic illicite s'est fait surtout vers le Pacifique et la côte d'Amérique.

Tous les pays du monde ont dénoncé cette invasion de l'héroïne. Aux Indes Néerlandaises, 22 saisies en 1936 et 118 en 1937 ; le produit venait du Japon.

En certains cas, l'invasion semble réglée suivant un plan systématique. De 1935 à 1938, le Bassin Méditerranéen, l'Afrique du Nord (Tunisie, Algérie) ont subi l'assaut violent de l'héroïne.

Préoccupée de cet accroissement de l'héroïnomanie, la Commission de l'opium à Genève avait rappelé aux Gouvernements la recommandation VI de l'acte final de la Convention de limitation. Chaque Gouvernement devait étudier avec le corps médical la possibilité de réduire l'usage de l'héroïne.

Or, sur 23 réponses, 9 seulement se montrèrent favorables à cette mesure !

Enfin, la Commission a eu son attention attirée sur quelques points particuliers :

1) Le développement considérable de l'usage de la *codéine* en certains pays (Canada, Amérique du Nord) aboutissant aussi à une toxicomanie.

Certains pays (Pologne, Suisse) ont fait connaître que la codéine était soumise au même contrôle que les autres produits.

2) Le classement dans le groupe des produits dangereux de certains succédanés : *disomorphine*, *paracodine*, *eucodal*, *dico-dide*, *dilaudide*, *acedicone*.

## II. — BESOINS MONDIAUX ET TRAFIC LICITE

La Commission, pour pouvoir combattre à coup sûr la fabrication et le trafic clandestins, s'est efforcée d'abord, par une enquête en tous les pays adhérant aux conventions internationales, de fixer le taux des besoins mondiaux et, par le contrôle des importations et des exportations, de « suivre » les produits admis légitimement à la satisfaction des besoins réels.

L'art. 10 de la Commission de limitation prévoit que tout certificat d'importation de diacétylmorphine (héroïne) doit être accompagné d'une demande d'autorisation d'exportation adressée



au pays exportateur par le Gouvernement du pays importateur. De plus, la drogue doit être envoyée à l'adresse de l'administration officielle indiquée dans le certificat.

Quelques irrégularités ont cependant été signalées, la drogue arrivant directement au grossiste.

La Convention de limitation a créé un *organe de contrôle*, lequel a institué un système unique de comptabilité internationale qui s'applique à l'heure actuelle à 73 pays et 117 territoires.

On a pu ainsi établir la *moyenne annuelle des besoins légitimes* ; pour les années 1931 à 1935 voici ce qu'elle a été :

Morphine .....	29 tonnes	(29.000 kgs)
Héroïne .....	1 tonne 16	(1.160 kgs)

Or voici un tableau qui montre ce que fut, de 1929 à 1935, la *fabrication mondiale* de ces 3 drogues (en tonnes) :

	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935
	—	—	—	—	—	—	—
Morphine ...	57,85	38,63	30,45	27,58	29,99	26,77	30,91
Héroïne .....	3,65	4,08	1,24	1,35	1,34	1,11	0,67

d'où l'on peut tirer ces conclusions :

1° que la période de 1931 à 1935 accuse pour la morphine une production réduite de moitié par rapport à 1929 ; pour l'héroïne, la fabrication tombe à 18 % de ce qu'elle était en 1929 ;

toutefois, les statistiques de 1936 par rapport à 1935 accusent une augmentation générale de 5 à 15 % ;

2° que la production mondiale *licite* marque depuis cette période une tendance marquée à se stabiliser au chiffre de la consommation mondiale ;

3° qu'entre 1925 et 1930, il y a eu une surproduction énorme de morphine qu'on ne soupçonnait pas et qu'une quantité d'au moins 90 tonnes a dû passer dans le trafic illicite, venant renforcer la production clandestine.

La Société des Nations et les Gouvernements ont réussi ainsi à tracer une ligne de démarcation très nette entre la fabrication et le commerce légitimes d'une part et la fabrication et le trafic illégitimes d'autre part. Il est presque impossible aujourd'hui, grâce au tryptique d'importation et d'exportation, de détourner de la drogue du commerce licite en faveur du trafic de contrebande.

## III. — LE MARCHÉ CLANDESTIN

Le trafic illicite n'a cependant pas diminué, comme l'indique notamment la baisse des prix sur les marchés clandestins. (C'est un baromètre précieux à consulter que celui des cours de la drogue). Le marché clandestin est donc largement alimenté par une fabrication occulte qui se développe dans un nombre croissant de pays, aussi bien en Occident qu'en Orient, même là où un système de contrôle est en vigueur.

Tel est le cri d'alarme poussé par la Commission en 1935.

Aussi a-t-elle redoublé de vigilance à cet égard. Les pays adhérant aux Conventions sont tenus de se communiquer immédiatement toutes les saisies effectuées sur leur territoire, avec toutes indications utiles sur l'origine, les marques, etc.

On a pu ainsi, dans ces dernières années, rassembler une documentation intéressante concernant les foyers de production, les voies et moyens du trafic illicite, repérer les bandes organisées qui s'y livrent et reconstituer ainsi la carte de ce marché clandestin.

La lutte contre le trafic illicite se transforme de plus en plus en une attaque directe contre la fabrication clandestine.

— *La fabrication clandestine de poudres* se pratique dans tous les pays du monde, mais surtout en Extrême-Orient, en Chine et particulièrement dans les concessions internationales où on les a repérées en nombre considérable. Amoy, Tukien, le Yunnan, Daïren, Hon-Kong, Changhaï sont des centres importants de production.

Pour le seul « Settlement » de Changhaï, on a découvert, en 1914, 6 usines et 20 établissements divers fabriquant de l'héroïne ou des pilules. En 1935, la police y a fermé une fabrique de morphine, huit d'héroïne, dix-neuf de pilules narcotiques.

C'est surtout dans la Chine du Nord, le Mandchoukoo et le Jehol, que depuis 1936 s'est intensifiée aux mains d'étrangers (Japonais et Coréens) la production clandestine.

En Turquie, sept laboratoires clandestins ont été découverts en 1936 et 1937.

Dans les Balkans (Grèce, Bulgarie, Yougoslavie), on a découvert de petits centres de production.

C'est en 1935 que pour la première fois on a découvert une fabrique clandestine à New-York.

En France même, en 1935 et au début de 1936, on a découvert

trois laboratoires importants. Dans l'un on a pu saisir 100 kg. d'héroïne.

Toutes ces usines clandestines, bien entendu, livrent leurs produits sans étiquettes ni marque de fabrique. Toutefois, dans certains cas, les saisies ont permis de connaître le nom de fournisseurs japonais et une correspondance saisie indiquait les procédés de contrebande.

— *Le trafic illicite* se juge aux saisies opérées.

a) Pour l'*opium brut*, 40 tonnes ont été saisies en Chine en 1936. Un peu partout, en Extrême-Orient, aux Indes Néerlandaises, au Siam, des saisies ont été opérées.

La Commission a pu faire la preuve, en 1936, d'un trafic d'opium brut en provenance des pays balkaniques et à destination probable de Paris d'où une partie était réexpédiée en Amérique par l'Atlantique.

Aux Etats-Unis, 16 saisies portant sur 75 kg.

Des saisies ont été faites aussi en Egypte, et dans le proche Orient.

En Turquie, 7 saisies : 400 kg.

A Marseille, on en a confisqué provenant d'Orient et aussi de La Réunion.

Il semble bien que tout l'opium d'Iran passe en Extrême-Orient avant d'être réexpédié.

b) L'*opium préparé* se vend en Extrême-Orient. Les expéditions au loin en sont plus difficiles. Pourtant des saisies ont été faites aux Etats-Unis où l'habitude de fumer l'opium avait subi une recrudescence depuis 1933. 485 kg. ont été confisqués en 1936 ; en 1937, 202 kg., produit de 25 saisies.

Les Etablissements du Détroit (Singapour) accusent 1.708 kg. Le Siam 2.176 kg.

c) Les *pilules narcotiques* très répandues et souvent saisies en Chine ont pu aussi traverser les Océans. On en a confisqué aux Etats-Unis et au Canada sur la côte du Pacifique.

d) Ce sont les *poudres* (héroïne principalement) qui ont été l'objet d'importants trafics. Les Etats-Unis et la Chine restent les grands marchés. Mais l'héroïne s'est infiltrée partout, en Europe, dans le Proche-Orient, l'Afrique du Nord.

Le petit volume du produit, sa dissimulation facile ont grandement favorisé sa pullulation.

Nous verrons les ravages causés en Chine.

10 kg. de morphine ont été saisis aux Etats-Unis, 31 kg. de morphine-base en Turquie.

Pour l'héroïne, 27 kg. ont été saisis à Hong-Kong dans les bagages d'un Japonais, 4 kg. à Anyong, dans la valise d'une Américaine, en 1939, 4 kg. 500 à Changhaï.

En Egypte, 19 affaires de saisie d'héroïne pour la même année.

En France, sept saisies dont six à Paris.

Aux Etats-Unis, les plus importantes saisies ont été faites sur la côte de l'Atlantique, à New-York, dont une de 13 kg. dans les valises d'un passager du « Normandie ».

Et voici un chiffre qui dira toute l'ampleur et tout l'intérêt que peut prendre ce trafic illicite. Une importante saisie américaine a permis d'établir qu'en 18 mois, une bande organisée avait pu introduire 650 kg. d'héroïne en six voyages à Changhaï et réaliser de ce fait un bénéfice de 59.220 DOLLARS !

*Les moyens de contrebande et la chasse à la contrebande.* — En présence du contrôle renforcé, les trafiquants ont renoncé aux expéditions importantes et volumineuses. Depuis quelques années, au lieu de constituer de gros colis plus ou moins camouflés, les envois se font par petits paquets plus faciles à dissimuler.

1. C'est surtout par les bateaux et le personnel des bateaux alléché par de gros bénéfices que se fait le plus important trafic. La douane surveille les colis de cale et les bagages à main des voyageurs. Jusqu'alors elle était moins stricte pour le personnel de bord. Mais des mesures sévères viennent d'être édictées.

C'est ainsi qu'aux Etats-Unis les propriétaires ou Compagnies propriétaires de bateaux sur lesquels est saisie de la drogue se voient infliger une amende proportionnelle à l'importance de la saisie et qui, dans certains cas, a pu atteindre et dépasser 100.000 francs suisses. Aussi les Compagnies ont-elles vigoureusement réagi. La « Canadian Pacific » depuis 1936 a installé sur chacun de ses navires dans le Pacifique trois capitaines de bord spécialement sélectionnés pour le service des recherches. Des mesures très efficaces ont été également prises par le « Nippon Yusen Kaisa », le « Blue Funnel Line ».

La surveillance des équipages est renforcée à l'arrivée et au départ des ports, ainsi que pendant les escales.

Une police spéciale des ports a été instituée, dont les agents, inconnus, pourraient être mutés d'un port à un autre.

2. La voie ferrée a été largement utilisée à un moment donné,

Les wagons-lits et wagons-restaurants du Simplon-Orient-Express ou des trains balkaniques ont servi pendant plusieurs années à la contrebande. La vigilance et le contrôle très sévère du Gouvernement italien ont mis fin à ce trafic.

En Chine, les convoyeurs de train sont répartis par équipes de trois, solidairement responsables les uns des autres de tout acte de contrebande commis par l'un d'eux.

3. Les *avions* ont été parfois utilisés, car il leur est toujours possible de laisser tomber le colis clandestin sur un terrain convenu avant l'atterrissage.

Un trafic d'opium de Syrie en Egypte s'est fait par cette voie.

Il s'est fait aussi sur les frontières de l'Amérique. Aussi les Etats-Unis ont-ils organisé des patrouilles aériennes pour la surveillance des frontières.

4. La *poste* est souvent utilisée pour les petites doses. Plis cachetés, piles ou rouleaux de journaux peuvent receler quelques grammes de poudre.

5. Tous les *camouflages* sont employés. Malles à double fond, fausses déclarations. Citons le « truc » récemment découvert aux Indes de poches de caoutchouc remplies de poudre et sur lesquelles était inscrite la mention « poche à glace », en caractères japonais.

#### IV. — ASPECT DU PROBLÈME SUIVANT LES PAYS

Cet aspect géographique de la question reste forcément incomplet, quelques pays ne faisant pas partie de la Commission. Mais les données relevées sont déjà intéressantes.

A. CHINE. — Grand centre de production, de transformation, la Chine est également un énorme centre de consommation.

Mais de plus en plus, l'opium a cédé le pas à l'héroïne et à la morphine, l'usage des « boulettes narcotiques » dont nous avons parlé plus haut tendant à se substituer à celui des boulettes d'opium.

Le Gouvernement de la République chinoise avait cependant annoncé et commencé, en 1932, une énergique campagne contre l'usage de l'opium et des produits manufacturés dont le péril est plus redoutable que celui de l'opium.

Pressentant l'échec d'une prohibition absolue, le Gouvernement avait établi un « plan de 6 ans » de restrictions progressives qui

devait aboutir, dans ce délai, à la suppression de la culture du pavot et de l'usage de l'opium.

En même temps, des hôpitaux de désintoxication étaient créés sur tout le territoire ; leur nombre s'élevait à près de 1.000.

Le nombre total des fumeurs étant estimé à 3.700.000, on exigea qu'ils eussent un permis spécial ; les fumeries durent se munir d'une licence spéciale. Tout transport de drogue était sous le contrôle du Gouvernement.

Le Général Chiang-Kaï-Shek prit lui-même, dès la seconde année, la direction de la lutte, sut y intéresser la jeunesse et édicta des mesures sévères de répression. Les tenanciers d'hôtels ou de pensions où étaient découverts des trafiquants étaient tenus pour responsables des saisies opérées chez eux. Des peines sévères d'emprisonnement, et parfois la décapitation, furent édictées comme sanctions. En 1934, la peine de mort fut appliquée dans 263 cas (18 pour fabrication, 239 pour vente ou colportage, 6 fois pour récidive après cure de sevrage).

Tout cela, du moins officiellement. Mais, à en croire certains témoignages (1), pour quelques coolies exécutés et quelques mesures à grand spectacle, le commerce des gros trafiquants continua, du moins dans les concessions internationales.

Car, là, fut un premier obstacle : le régime spécial des « Settlements » qui échappait au contrôle et à l'autorité directe de l'Etat. L'activité des ressortissants étrangers a paralysé ces efforts du Gouvernement chinois.

Mais ce programme énergique de lutte fut surtout contrarié par la guerre sino-japonaise.

Les hôpitaux de désintoxication furent envahis par les blessés.

Le Mandchoukouo et le Jehol, échappant à l'autorité du Gouvernement, devinrent des foyers actifs de production et de trafic.

La Commission de l'opium à Genève en 1936 et 1937 entendit les doléances véhémentes de plusieurs Délégués. Celui de la Chine donna nettement à entendre que l'invasion des drogues fut combinée avec l'invasion militaire de la part du Japon. Toute liberté fut donnée aux fabricants et trafiquants. Des chiffres impressionnants ont été donnés aussi par d'autres Délégués étrangers. Celui des Etats-Unis rapporta que les exportations d'opium de la Corée étaient passées de 1.899 kg. à 11.238 kg. 40 ou 50 tonnes d'opium iranien ont été transportées annuelle-

(1) Voir Roger LABONNE : *Shanghai*. Revue de Paris, 1<sup>er</sup> mai 1936. « Tenter d'extirper l'opium de la terre chinoise, c'est vouloir assécher le Pacifique », dit l'auteur de cet article.

ment pour la fabrication de morphine et d'héroïne. Les recettes du Monopole de l'opium passèrent de 47.850.000 yen mandchou-riens en 1937 à 71.044.200 en 1938. A Moukden, une fabrique de stupéfiants entretenue par les Monopoles produisait 75 à 100 kg. de morphine ou d'héroïne par jour. En 15 mois, la concession japonaise de Tien-Tsin a exporté, par une seule bande de trafiquants, 650 kg. d'héroïne, soit les 2/3 des besoins mondiaux pour une année, ou encore de quoi ravitailler 10.000 toxicomanes.

Aussi l'intoxication fit-elle des ravages effroyables. A Kharbine, dans les sept premiers mois de 1937, on aurait ramassé 1.793 cadavres dans les rues, dont 1.485 de toxicomanes. On estimait à 6.000 le nombre des personnes mortes de toxicomanie en 1936 dans les villes du Mandchoukouo.

L'intoxication aurait gagné les Japonais eux-mêmes, si rigoureusement sur la défensive jusqu'alors.

Le délégué d'Egypte a déclaré posséder une liste de 181 villes où il y a 3.480 fumeries d'opium et 8.400 dépôts d'héroïne versant en moyenne chacun 250 goby (équivalant à 15 livres) pour leur licence mensuelle.

Ajoutons que le délégué Japonais s'est défendu d'une participation active de son Gouvernement et a annoncé un contrôle plus sévère dans les zones soumises à son influence.

B. ETATS-UNIS. — Les Etats-Unis ont sérieusement à se défendre contre une contrebande qui augmente, d'après le Bureau Fédéral. La côte du Pacifique, peuplée de jaunes, a à se protéger contre l'opium et les produits manufacturés. Ces derniers semblent surtout pénétrer par l'Atlantique, l'Europe et la France en particulier étant un relais important pour les produits venus d'Extrême-Orient par Marseille ou des Balkans par Paris.

Mais ils ont eu à surveiller aussi activement les introductions clandestines venues de l'Amérique Centrale, du Honduras, du Mexique, voire des îles Hawaï par voie aérienne.

Nous avons dit les mesures sévères prises à l'encontre des Compagnies de bateaux et la police aérienne instituées par eux.

Ils font actuellement un très gros effort non seulement de protection, mais aussi de recherches scientifiques sur les drogues toxiques.

C. CANADA. — L'introduction de l'opium, des poudres, des boulettes, vivement combattue, semble en régression. C'est un

des rares pays où le prix de la drogue a monté et où l'on a signalé des cambriolages d'officines pharmaceutiques, preuves que la matière se faisait rare sur les marchés.

Par contre, on a signalé une recrudescence considérable de la consommation d'*élixir parégorique* et de *codéine*. Alors que 100 kg. de ce produit suffisaient en 1925, il en est entré 800 kg. en 1934. Une partie passait la frontière américaine, mais beaucoup servait de palliatif aux héroïnomanes privés de leur drogue familière. Des mesures restrictives concernant ces drogues ont été prises.

D. BASSIN MÉDITERRANÉEN. — *En Turquie*, un rapport d'ensemble présenté le 27 avril 1939 par le Prof. Mazhar Osman signale qu'il n'y a presque plus d'*opiomanes*.

L'*héroïnomanie* par contre, depuis 10 ans, préoccupe sérieusement les autorités.

Un industriel japonais, puis d'autres capitalistes européens installèrent des fabriques d'héroïne prospères ; mais les ravages furent tels que le Gouvernement n'hésita pas à les fermer. Des contremaîtres sans emploi remontèrent des fabrications clandestines avec des appareils de fortune qui entretiennent le fléau.

Fait signalé pour la première fois, semble-t-il : les ouvriers de la fabrique japonaise présentaient tous les signes de l'intoxication par l'héroïne ; on crut d'abord qu'ils prisaient ; en réalité, il fut établi qu'il s'agissait d'inhalations accidentelles de poussière pendant le travail.

Pendant un temps, on dut créer des Tribunaux répressifs spéciaux. Une loi sévère colloque tous les toxicomanes pour six mois au moins à l'Hôpital.

La *morphinomanie* sévit aussi, mais à un degré moindre. Sur 883 hospitalisations pour toxicomanie, on compta 402 héroïnomanes, 78 morphinomanes et 11 opiomanes ; il s'y ajoute 218 haschichomanes et 174 alcooliques.

*En Syrie*, la culture de l'opium a été restreinte. Des passages en fraude, parfois en avion, ont été signalés sur l'Égypte. Un décret du 28 avril 1934 a édicté des peines sévères, permet les perquisitions sur simple soupçon, alloue des primes aux dénonciateurs.

*En Égypte*, l'intoxication par les drogues blanches progresse incontestablement, comme l'indique le nombre des saisies.

*En Tunisie et en Algérie*, il faut signaler une offensive brutale et systématiquement organisée des trafiquants d'héroïne. En 1935 et 1936, elle fut violente et gagna rapidement toute la jeunesse



indigène tunisienne ; dénoncée par Bouquet et Mareschal, elle fit l'objet de mesures répressives sévères qui l'endiguèrent sans l'éteindre complètement.

Deux ans après, ce fut le tour de l'Algérie où la pègre des grands ports fut rapidement atteinte. A Alger, nous eûmes de nombreux malades à sevrer ; nos enquêtes personnelles établirent que le ravitaillement se faisait de Marseille par bateaux, que la ville était divisée en secteurs et que les agents distribuaient gratuitement les premiers jours la drogue pour créer l'accoutumance et la clientèle. La répression ne fut pas assez énergique, mais la guerre actuelle a entravé en grande partie les sources de ravitaillement.

E. PAYS BALKANIQUES ET CENTRE DE L'EUROPE. — Nous avons eu l'occasion de signaler les foyers de fabrication clandestine découverts en Grèce, en Bulgarie et autres pays balkaniques.

En Bulgarie, la production d'opium brut allait croissant il y a 10 ans et parallèlement augmentaient les importations d'anhydride acétique. Un décret du 5 juin 1934 ayant interdit ces dernières, on a vu se fermer successivement en deux ans toutes les usines d'héroïne, licites ou clandestines, à l'exception d'une seule.

Rappelons enfin les extractions de morphine faites en Pologne et en Hongrie de la *paille de pavot*.

Il y a eu à un moment donné, dans les Balkans, un foyer et aussi un relais important pour la production et le trafic de l'opium et de ses dérivés, les produits gagnant la France par voie ferrée, pour être en partie réexpédiés sur l'Amérique du Nord.

F. FRANCE. — Marseille occupe depuis longtemps une place importante dans le transit de l'opium et des drogues.

Rappelons que des saisies assez nombreuses ont été faites en ces dernières années. L'une d'elles, en 1933, avait porté sur 1.890 kg. d'opium.

Depuis, l'importance de Marseille a un peu diminué, mais sans cesser cependant.

La frontière du Nord, belge en particulier, est restée le siège d'un trafic de poudres.

Une partie des produits est réexpédiée sur l'Amérique ou l'Afrique du Nord. Mais beaucoup reste en France et alimente les toxicomanes qui sont toujours nombreux, à Paris en particulier. En 1936, M. Mondanel signale encore 337 arrestations, — en 1937, 390, dont 327 pour Paris et la Seine. Une usine clandestine

est découverte avec 100 kg. d'héroïne, mais la plupart des saisies porte sur de minimes quantités.

Un arrêté du 15 septembre 1933 a réglementé la limitation de la fabrication et de la distribution des stupéfiants et a fixé les « quantités maxima » que peut tenir et sortir chaque fabricant annuellement. Exprimée en morphine-base, cette quantité est de 500 kg. par mois, soit 6.000 kg. par an.

Des arrêtés annuels renouvellent cette mesure et le taux en paraît stabilisé au chiffre sus-indiqué.

Les arrestations sont surtout de sous-trafiquants et de petits comparses. Toutefois, quelques trafiquants internationaux de grande envergure, véritables gangsters de la drogue, ont pu être arrêtés et expulsés.

Citons les chiffres des saisies pour 1935 :

Opium .....	400 kgs	530
Morphine .....	0 kg	220
Héroïne .....	103 kgs	535 (dont une de 100 kgs)
Cocaïne .....	9 kgs	685

## V. — L'ACTION DANS LE PLAN MÉDICAL

La Commission de Genève a recueilli quelques données intéressantes sur la participation médicale à la lutte entreprise contre les stupéfiants en différents pays.

a) *Déclaration obligatoire.* — Elle est en vigueur au Japon.

Tous les médecins qui traitent des toxicomanes doivent en adresser notification aux autorités et fournir un relevé des ordonnances délivrées.

Au Mexique existent des livres spéciaux d'ordonnances pour les médecins ; ils sont imprimés sur papiers qui paraissent rendre toute fraude impossible.

b) *Education et propagande.* — Sur l'invitation de l'Assemblée, la Commission Consultative de l'opium a étudié en mai-juin 1936, la question de l'éducation et de la propagande. Elle a estimé que si cette propagande devait surtout s'exercer dans les pays où la toxicomanie constitue un véritable problème, il y avait lieu néanmoins de prévoir, dans les Ecoles de médecine et les autres établissements qui préparent le personnel des services médicaux, des cours spéciaux sur la toxicomanie et le problème des stupéfiants.

Sage mesure qu'on ne saurait trop approuver. Cet enseignement ne devrait pas seulement se faire dans les Universités ou les Hôpitaux, pour les médecins et les étudiants, mais aussi dans les Ecoles d'assistantes sociales et dans toutes les Ecoles d'infirmières.

c) *Hôpitaux et Services spéciaux de désintoxication.* — Au Japon, existe à l'Hôpital Musashino une Clinique spéciale établie par le Bureau municipal de police de Tokio.

En 1937, elle compta 531 entrées, 522 sorties après guérison et 176 rechutes (1/3). Durée moyenne du traitement : 12 jours. On y utilise un certain médicament I M du Dr Takaï dont les principales propriétés sont celles d'une solution de glucose combinée avec des sels inorganiques, mais sans dérivé opiacé.

En Chine, nous avons vu que ces Hôpitaux faisaient partie du plan de campagne de 6 ans. Ils avaient atteint le chiffre d'un millier. Nous possédons quelques chiffres pour l'année 1934. Il n'y avait alors que 597 hôpitaux de cure. On y enregistra 81.334 guérisons.

Des campagnes d'opinion publique, des tracts, des conférences allaient de pair avec la thérapeutique et l'on s'occupait de la rééducation et du redressement des toxicomanes à leur sortie.

Aux *Etats-Unis*, l'effort fut à la mesure de tout ce que fait ce pays pour ses œuvres sociales.

En 1934, a été inauguré à Lexington (Kentucky), un Hôpital affecté exclusivement au traitement des toxicomanes et qui fonctionne en même temps comme centre de recherches. Plus de 1.000 personnes y ont été admises au cours des 10 premiers mois qui suivirent son ouverture.

Un second Hôpital semblable (de 1.000 lits) devait être établi à Fort Worth (Texas).

d) *Recherches scientifiques.* — En 1936, la Commission a signalé que des expériences avaient été faites en Chine, à Formose et aux Indes Néerlandaises en vue de déceler l'habitude de fumer l'opium par l'analyse de l'acide méconique et de la morphine qui se trouvent toujours dans l'urine des toxicomanes.

A Formose, on a relevé une proportion déterminée entre la quantité de morphine consommée et la quantité de morphine contenue dans l'urine.

Mais il semble qu'il s'agisse là d'une méthode longue et dispendieuse et les recherches doivent s'orienter vers une méthode plus simple.

Rappelons aussi qu'aux Etats-Unis et au Canada, l'habitude s'étant introduite de doper à la cocaïne et à l'héroïne les chevaux de course au moment des épreuves, de véritables laboratoires de chimie ont été annexés aux écuries des champs de course pour y déceler la drogue dans la salive des coursiers.

— Ce sont surtout les travaux scientifiques entrepris dans les Hôpitaux de recherche américains qui méritent de retenir l'attention. Nous ne faisons qu'en énumérer les titres, tels qu'il ont été rapportés par le Délégué des Etats-Unis à la Commission :

— Etude des phénomènes de privation grâce à un système d'enregistrement uniforme des symptômes objectifs (Koll et Himmelsbach).

— Etude de la nature physiologique de la toxicomanie en vue de déterminer la forme la plus rationnelle de traitement.

— Expériences sur la suggestibilité des toxicomanes.

— Etude sur l'élimination de la morphine par les reins.

— Expériences sur les chimpanzés et les rats en ce qui concerne les plus ou moins grandes propriétés que possèdent les diverses drogues d'engendrer la toxicomanie.

— Mentionnons enfin les recherches anatomo-pathologiques et expérimentales sur l'intoxication héroïnique entreprises par Mazhar Osman et Ishan Schükrü Askel, à Istanbul.



### Cocaïne

La *moyenne annuelle des besoins légitimes en cocaïne* a pu être établie par la Commission de Genève aux environs de quatre tonnes (4.000 kg.).

Là aussi, on nota une chute progressive de la production officielle entre 1929 et 1932.

	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935
	—	—	—	—	—	—	—
Chiffres (en tonnes)	6,43	5,83	4,61	3,96	3,96	3,43	3,97

et l'on remarque la stabilisation dans les quatre dernières années.

Mais le *trafic clandestin* a continué, comme en témoignent de nombreuses saisies.

En 1933 : saisies aux Etats-Unis, aux Philippines, en Chine, aux Indes, en Autriche, en France, en Grèce, en Italie, en Pologne.

21 kg. avaient été saisis à Changhaï de provenance japonaise.

Les saisies des Etats-Unis venaient du Mexique. Il a été établi que la drogue provenait d'un important envoi de 180 kg. fait au Mexique en 1922 par une maison française ; d'autre était de provenance japonaise.

Dès cette période, augmente la pénétration aux Indes ; alors que les besoins annuels légitimes de ce pays s'élèvent à 68 kg., on saisit en 1934, 49 kg. et en 1935, 74 kg., de provenance clandestine. C'est au cours d'une de ces saisies aux Indes, qu'on trouva la poudre dissimulée dans des proches de caoutchouc portant la mention « poche à glace » en caractères japonais.

Aux *Etats-Unis* et au *Canada*, on signale en 1936 que le trafic clandestin est manifestement en régression.

En *Turquie*, une vague de cocaïnomanie avait secoué Istambul « comme une vague de chaleur » arrivant avec l'Armée de Wrangel (Mazhar Osman).

Grâce à la vigilance de la police et au départ des Russes blancs, depuis 16 ans, il n'y aurait plus en ce pays un seul cocaïnomanie.

En *France*, le trafic illicite se fait toujours par la frontière belge ; en 1934, le cours de la « coco » oscille entre 30 et 50.000 francs le kilog.

Mais il en vient aussi d'extrême-Orient.

En 1937, on relève quatre saisies : deux à Marseille, une à Paris, une au Raincy (en tout 1 kg.).

Partout, sauf aux Indes peut-être, la cocaïne bat en retraite pour céder la place à l'héroïne.

\*  
\*\*

### Cannabis (Chanvre-Haschich)

Le chanvre indien (*Cannabis indica*) figure encore dans la pharmacopée de divers pays. Toutefois, dans la pratique médicale, son usage tend à tomber en désuétude. Il ne saurait donc être question ici d'estimer les besoins mondiaux pour établir la démarcation entre le trafic licite et le trafic illicite.

Partie de l'Inde, où sa connaissance est de date très ancienne, ayant gagné le Proche-Orient, l'Afrique du Nord depuis plusieurs siècles, l'habitude d'ingérer ou de fumer les produits du chanvre a gagné le Nouveau Continent ; du Mexique et de l'Amérique Centrale elle a été importée en ces dernières années aux Etats-Unis où la drogue est connue sous le nom de *Marihuana*.

Cette toxicomanie y est devenue assez alarmante, gagnant surtout la jeunesse et le monde des étudiants, se manifestant, semble-t-il, par une propension particulière à la violence et au crime.

Aussi a-t-elle été comprise dans la lutte engagée à Genève par la *Commission Consultative du trafic de l'opium et autres drogues nuisibles*.

Un *Sous-Comité de la Cannabis* a été créé qui a centralisé d'intéressants renseignements et provoqué d'instructives recherches. Citons parmi les experts les plus qualifiés de ce Sous-Comité, le D<sup>r</sup> J. Bouquet, Inspecteur des Pharmacies de Tunisie, qui vient de faire une importante étude de la question, en accord avec le Secrétariat du Comité (1).

## I. — MATIÈRE MÉDICALE ET PHARMACOLOGIE

Deux drogues fournies par la Cannabis sont nocives :

1° la résine (*charas* aux Indes, *haschich* dans le Proche-Orient, *Chira* dans l'Afrique du Nord). La résine livrée au commerce en plaques plus ou moins conglomérées contient 40 % en moyenne de résine brute. On la fragmente pour la fumer ou l'incorporer à des confiseries, confitures... ;

2° le *chanvre en nature* (sommités fleuries et feuilles) qui porte des noms différents suivant les pays (*bang* ou *ganja* aux Indes, *kif* (Algérie et Maroc), *takrouri* (Tunisie), *kabak* (Turquie), *haschich el Keif* (Syrie, Liban), *marihuana* (Amérique). Ce chanvre est haché menu pour être livré aux fumeurs qui, souvent, le mélangent au tabac *soufi*. La teneur en résine varie de 8 à 12 %.

On conçoit la moins grande nocivité de ce second produit.

## II. — ASPECT GÉOGRAPHIQUE DU PROBLÈME

Aux *Indes*, malgré la réglementation, la plante prospère et la toxicomanie sévit toujours. D'immenses territoires comme le Thibet, le Turkestan chinois où la Cannabis trouve des conditions favorables à sa forme résineuse échappent à tout contrôle.

Par contre, la Chine, le Japon, centre du trafic de l'opium, semblent indemnes de cannabisme au milieu d'un continent où pullulent les fervents du *bang* et du *charas*.

(1) J. BOUQUET. — Etat actuel de la documentation concernant la Cannabis et les problèmes qu'elle soulève. *Soc. des Nations*, Genève, 12 avril 1939.

*Bassin Méditerranéen.* — En *Turquie*, pays où pousse un chanvre réputé, la toxicomanie du haschich sévit encore, malgré les mesures gouvernementales ; mais elle ne touche que la pègre et les basses classes. Mustapha Kemal dut faire dissoudre une secte de « Derviches » paresseux et en révolte contre le Gouvernement qui enchaînait ses adeptes par l'usage du haschich, comme au temps des Védas.

Mais le ravitaillement clandestin se poursuit encore par contrebande, malgré les saisies. Il semble fléchir devant l'invasion de l'héroïne.

C'est surtout vers les contrées habitées par les populations musulmanes que les trafiquants de cannabis dirigent leurs efforts ; les plus riches sont les plus visées. C'est le cas de l'*Egypte*.

*Egypte.* — Ce pays reste le plus touché, quoique la lutte enregistre d'heureux résultats. Les renseignements fournis par le *Bureau Central d'Information des narcotiques du Gouvernement égyptien* signalait que sur une population de 3.110.000 habitants on comptait, en 1934, 11.552 haschichomanes, et en 1937, 6.524 seulement. Cette diminution se confirme par la baisse des saisies : en 1929, elles étaient de 12.000 kg. ; en 1937, elles n'atteignirent pas 200 kg.

Sir Thomas Russel a pensé voir une relation (et aussi une explication) entre la santé physique des fellahs minés par la dysenterie et les affections parasitaires et leur habitude de prendre du haschich comme excitant. J. Bouquet a combattu cette thèse, estimant que c'est surtout le tempérament indigène, avide d'excitants et en particulier d'aphrodisiaques, qui explique mieux cette propension.

— *Grèce.* Les mesures énergiques prises par le Gouvernement ont tari le gros trafic de résine qui alimentait il y a un quart de siècle le bassin méditerranéen et en particulier l'Afrique du Nord.

— *Pays Balkaniques.* Après la suppression du chanvre en Grèce, les trafiquants introduisirent la culture de la cannabis dans les pays balkaniques (Bulgarie, Roumanie, Yougo-Slavie, Albanie). Mais l'interdiction suivit de peu l'installation et le foyer de production fut vite éteint.

— *Afrique du Nord.* La contrebande de *chira* est expirante ; mais il reste les fumeurs de chanvre. L'*Algérie* en est restée à la prohibition, mais le trafic clandestin y reste prospère ; la production est abondante dans les régions des plateaux de Sétif, dans la région de Bône.

S'il y a peu de *chira* (il s'en consomme un peu dans les confiseries du mois du Ramadan), il y a par contre beaucoup de *fumeurs de kif*, surtout dans la pègre des villes et les populations du Sud.

Mais deux particularités ont été signalées dans un rapport du Prof. A. Porot au Sous-Comité (1938) : 1° l'association très fréquente de l'alcoolisme (3 fois sur 4), ce qui vicie l'aspect clinique et modifie les réactions du sujet ; 2° la régression partielle en certaines villes comme Alger devant l'invasion de l'héroïne.

En *Tunisie* et au *Maroc*, au contraire, la vente est réglementée et passée en régie officielle.

Alors qu'en Tunisie, les fumeurs et mangeurs de *chira* ravitaillés par la Grèce, étaient encore nombreux il y a 25 ans, la lutte entreprise a tari la source de cette intoxication grave. L'Etat a la surveillance des cultures et le monopole de la vente. Il fabrique chaque année le *takrouri* dont la teneur en résine a été fixée au chiffre relativement peu élevé de 5 % et qui est livré aux consommateurs en petits paquets dont le prix de vente est relevé légèrement chaque année.

Il s'en est suivi une régression manifeste de l'intoxication dans ses formes graves.

Au *Maroc*, le système du monopole est aussi appliqué ; mais le *kif* est vendu mélangé au tabac ; il semble peu apprécié de la clientèle qui trouve encore à se ravitailler par le marché clandestin.

*Amérique.* Nous avons dit les ravages du *Marihuana*, qui semble avoir été importé par des ouvriers mexicains ; le mal sévit surtout sur la jeunesse (cigarettes de *Marihuana*).

Aussi des mesures de surveillance très sévères sont-elles exercées sur les plantations clandestines et le trafic illicite.

Les Instituts créés pour la toxicomanie sont en même temps des centres de recherches scientifiques.

Comme pour les accidents causés par l'ivresse alcoolique, on est à la recherche — mais sans l'avoir encore trouvée — d'une réaction permettant de dépister et de doser le *marihuana* dans le sang des auteurs d'accidents ou de crimes en un pays où la drogue paraît susciter des réactions particulièrement violentes.

Aux Etats-Unis, l'approvisionnement des toxicomanes paraît être assuré par la production intérieure (plante sauvage, cultures illicites). Pas ou peu de contrebande.

Le « *Marihuana Text Act* » de 1937 suffira à assurer le contrôle du trafic de la Cannabis et à empêcher l'usage abusif de la plante et de ses dérivés.



## III. — POINT DE VUE CLINIQUE ET MÉDICO-LÉGAL

Deux questions ont suscité des discussions et des communications intéressantes au *Sous-Comité de la cannabis*.

1° *Les rapports du cannabisme et de la démente*. — On sait qu'autrefois les *Asiles égyptiens* contenaient une forte proportion d'aliénés haschichiens : 27 % en 1900, 12 % en 1906 (Warnock).

2° *Les rapports du cannabisme et de la criminalité*. — L'usage du chanvre a trop longtemps passé pour anodin au point de vue social et sécurité publique.

La vérité est autre. Mazhar Osman, Porot ont rapporté à la Commission des observations très précises de meurtres accomplis sous l'influence de cette drogue.

Quant aux Américains, cet aspect du problème est un de ceux qui les ont spécialement alertés.

## IV. — LA LUTTE CONTRE LE CANNABISME

Etant donné que la résine du chanvre n'a aucune utilité thérapeutique et industrielle, que les chanvres producteurs de résine ne donnent que des fibres textiles de mauvaise qualité, il semblerait très simple qu'un accord intervienne pour interdire catégoriquement la culture de la cannabis dans les régions où sa production de résine est élevée (J. Bouquet).

Mais ce point de vue logique se heurte à des considérations politico-religieuses (Indes), ou politico-sociales (Tunisie, Maroc). L'interdiction bouleverserait des habitudes millénaires et serait très impopulaire.

Aussi, certains Etats ont-ils préféré la *réglementation* à la *prohibition* (Tunisie, Maroc).

Le Gouvernement égyptien estime cette mesure illusoire devant l'appétence et l'avidité des usagers et pense que le seul facteur de modération est la possibilité financière d'achat. D'où le relèvement des prix.

Mais un danger commun menace ces diverses tentatives : la substitution de toxicomanies plus nocives, comme l'héroïne, qui a déjà envahi le marché.

Peut-être vaut-il mieux en définitive maintenir l'usage modéré et atténué dans sa violence d'un produit adapté à la mentalité des peuples qui le consomment.

Les résultats acquis en Tunisie sont assez démonstratifs à cet égard.

Quant aux *sanctions*, le *renforcement des pénalités* paraît le moyen le plus efficace : emprisonnement de certaine durée avec travail forcé. S'il s'agit de trafiquants étrangers, expulsion et interdiction de séjour après l'incarcération.



### Conclusions

Alternatives d'espoirs et de déceptions, beaux élans contrariés par les circonstances, tel se présente le bilan de ces efforts sur le plan international.

Ils restent méritoires. Si les grands foyers d'origine de l'opiomanie et des autres toxicomanies sont toujours incandescents, du moins semble-t-on avoir fait la part du feu et protégé les pays d'Orient et d'Occident menacés par les fusées parties de ces foyers.

Beaucoup de pays ont été amenés à prendre des mesures de précaution qui n'auront pas été vaines et auront renforcé la protection locale.

S'il en fallait une preuve, nous la trouverions dans les chiffres encourageants parus dans le dernier *Bulletin* de la « Commission Consultative de l'Opium et autres drogues nuisibles », celui de 1938.

Aux Etats-Unis, il y a une dizaine d'années, on comptait un toxicomane pour 1.000 habitants ; aujourd'hui une statistique portant sur 15 Etats a ramené ce chiffre à 2 ou 3 pour 10.000.

Au Canada, on estime la diminution à 50 %.

En Egypte, le nombre des toxicomanes dans les prisons est tombé de 5.000 en 1930 à 300 en 1937 (soit une diminution de plus de 90 %).

L'alerte a été donnée. Que chaque pays reste vigilant.

---

# LE PLACEMENT FAMILIAL DES ALIÉNÉS ET DES PSYCHOPATHES

*Sa portée médicale et sociale*

PAR

JACQUES VIÉ

## LA VIE DES MALADES PLACÉS <sup>(1)</sup>

Le placement familial des aliénés et des psychopathes réalise une expérience bien curieuse : des malades mentaux sont mis en contact avec la vie sociale, on les voit évoluer au milieu d'une population normale ; on ne leur impose qu'un minimum de contrainte en dépit d'une surveillance attentive, respectant la liberté dans toute la mesure où elle se montre préjudiciable ni à l'entourage, ni à eux-mêmes ; on n'intervient que le moins possible lorsque l'état du malade ne l'exige pas. Il est alors d'un gros intérêt psychologique et social d'observer le comportement de ces sujets, l'utilisation de leur activité résiduelle, leurs besoins, leurs désirs et leurs réactions, les rapports qui s'établissent entre eux et leurs hôtes.

### L'adaptation à la demi-liberté

Tout d'abord, extraits des asiles, où ils ont accompli un séjour antérieur qui va de quelques mois à trente ans ou même davantage, comment réagissent ces malades à la demi-liberté, nouvelle pour eux ? On assiste à une véritable épreuve d'adaptation au cours de laquelle les fonctions mentales des sujets doivent

(1) Voir *Annales Médico-psychologiques*, juin-juillet 1940, page 1 ; octobre 1940, page 110 ; janvier 1941, page 1.

faire face aux conditions nouvelles, dans la mesure où ces fonctions conservent, après la maladie, une souplesse, une marge physiologique suffisante... Le succès ne couronne pas toujours ces efforts, ou bien le but n'est pas atteint du premier coup, mais seulement après une période de tâtonnements, d'essais malheureux ; d'autres fois encore, l'adaptation se réalise sur des voies anormales, relevant nettement d'une psycho-physiologie pathologique dans l'intimité de laquelle le comportement de ces malades peut seul nous faire pénétrer.

Nous allons d'abord situer l'attitude de nos pensionnaires par rapport à l'asile d'où ils sortent, par rapport à la liberté complète, qu'ils sont loin de désirer tous, avant de le suivre auprès des nourriciers, à travers les difficultés de la période d'acclimatation, puis dans leur vie nouvelle au milieu de leurs occupations.

*Colonie et asile.* — Tous les malades, on l'a vu, et en particulier tous les bons travailleurs des asiles sont loin d'être indiqués pour le placement familial.

D'une façon générale, les malades désignés pour être placés dans les familles s'en montrent, tôt ou tard, satisfaits. Le D<sup>r</sup> Lwoff avait opéré, parmi les premiers entrants d'Ainay, une enquête lors de la quinzaine. Les réponses se classaient en trois catégories, que l'on retrouve encore comme il y a quarante ans. Les premiers, et les plus nombreux, manifestent un contentement net de ne plus subir la contrainte des asiles, les heures fixées par le règlement, le lever trop matinal, les ordres trop brusques du personnel infirmier, le bruit des salles et surtout la promiscuité avec les malades plus gravement atteints, surtout les épileptiques et les délirants impulsifs. Un second groupe regrette l'éloignement trop grand de Paris qui raréfie les visites des familles, malgré les facilités de transport accordées par les compagnies de chemin de fer. Dans un troisième groupe enfin, les malades protestent contre leur détention qui tout de même se prolonge : ces malades, souvent ne s'évaderont pas, mais ils élèvent une revendication, qui demeure purement platonique, de leur liberté. Parfois même, écrivent-ils encore au Procureur de la République un dernier exposé de leurs griefs, en lui souhaitant, non sans un brin de scepticisme, comme le faisait notre vieux délirant Charles D., « une grande réussite en cette ténébreuse affaire ».

Certains sujets, par contre, *regrettent l'asile*. Le fait, pour paradoxal qu'il paraisse, demeure indéniable, et lors de la Réunion d'Hygiène mentale de Bruxelles, en 1935, le Professeur Cor-

beri avait indiqué dans son rapport comment les malades de Volterra, astreints à l'ergothérapie, préféraient de beaucoup le séjour dans les beaux manicomies italiens. Les malades acquièrent dans les asiles un automatisme facile (Sano) lorsqu'ils y restent de longues années. Toute adaptation nouvelle est un effort auquel d'emblée ils renoncent. Certains d'ailleurs profitent de cette commodité pour se livrer à des travaux spéculatifs purs.

Nous avons tenté en vain d'acclimater à Ainay notre ami François C., qui à l'asile de Chezal-Benoît dirigeait l'atelier de reliure et avait entrepris d'importantes recherches sur la thérapeutique du papier. Mais hors de son laboratoire, C., psychonévrosé complexe, obsédé hypocondriaque, n'appréciait rien de ce nouveau genre de vie. « Est-ce là, nous disait-il, ce que vous appelez la liberté ? Je dors mal dans un lit de plume et je regrette les ressorts d'acier des lits de Chezal. Je dois songer à l'heure des repas, sans quoi je dérangerai ma nourricière. Il me faut parler à tous ces gens qui ne me comprennent guère et faire tous ces trajets d'aller et retour, je perds mon temps. » C. devenait triste et souffrant. Il fallut bien, à notre grand regret, restituer ce bénédictin laïque, incapable d'affronter les soucis de ce monde, à la « liberté » spirituelle de son cloître...

Mais il est une autre cause d'attachement à la règle des Asiles, c'est le sentiment de leur faiblesse qu'ont certains malades, avec le besoin corrélatif d'être défendus contre eux-mêmes. Il ne s'agit pas seulement de cette phobie de la liberté, bien observée par M. Courbon. Dans certains cas, la crainte de ces malades est réellement justifiée : des buveurs incapables de résister à la tentation, des épileptiques à paroxysmes anxieux, des persécutés à hallucinations actives, avec idées d'empoisonnement n'estiment pas en placement familial trouver une sécurité suffisante.

Le besoin de *cadres* est l'un des plus nettement perçus chez beaucoup de sujets faibles, incapables, comme certains de leurs camarades délirants, de s'en créer de fictifs.

*Rôle du Centre de la Colonie.* — Le Centre de la Colonie et les annexes où résident les infirmiers-visiteurs servent à cet égard, pour certains malades, de succédanés de l'asile, sans en présenter la contrainte. Ils y trouvent, au moins les premiers temps, l'appui moral qui leur manque avant de s'être bien installés dans les conditions de leur vie nouvelle. Il est d'ailleurs nécessaire que l'action médicale s'exerce de façon continue, que le contact demeure confiant et permanent grâce aux infirmiers-visiteurs. Aussi, en dehors des visites régulières de placements,

le Centre et les annexes sont-ils le siège d'un va-et-vient continu des malades, qui s'accroît en des circonstances périodiques.

Une fois par mois, c'est la distribution de l'argent déposé à l'économat et que l'on remet par « prélèvement » de petites sommes fixées sur l'avis du médecin. Deux fois par mois a lieu la distribution de papier et de timbres pour la correspondance, la distribution de café et celle du tabac, les femmes n'apprécient pas moins le tabac à priser que les hommes le tabac à fumer. Aux hommes, c'est encore une fois par mois, la coupe de cheveux et toutes les semaines le rasage de la barbe ; autant d'occasions supplémentaires pour les visiteurs d'entrer en relation avec les malades, de recueillir des confidences, d'exercer quelque influence sur eux.

Enfin, les derniers jours de chaque mois, c'est la paye des nourriciers. Tous arrivent vers deux heures, soit au Centre de la Colonie, à Dun et à Ainay, soit aux annexes, ou pour les autres communes dans une salle de la mairie. C'est une journée de grande activité... Tandis que l'Econome remet à chacun son dû, les employés de la lingerie, les infirmiers-visiteurs échangent les pièces de vêtements et de lingerie usagées contre les pièces neuves, apportées dans de grandes paniers. Le médecin recueille les réflexions, les doléances et les renseignements des nourriciers et ceux des pensionnaires qui se pressent nombreux, pour cette curieuse cérémonie.

Au Centre et aux annexes, les malades se retrouvent et les arrivants font connaissance avec les anciens. De même, lorsqu'un convoi vient des Asiles, il y a toujours à la Colonie une affluence de pensionnaires accourus au-devant de leurs nouveaux camarades, accourus aussi pour revoir leurs anciens infirmiers des Asiles et échanger avec eux les nouvelles. Une solidarité bien vivante des Colonies et des Asiles se manifeste ici en toute liberté, et la joie franche avec laquelle les anciens accueillent les nouveaux montre bien aussi leur attachement au régime du placement familial.

Le problème du passage de la vie d'Asile à la demi-liberté réside donc dans un « transfert » du *besoin de protection* propre à l'aliéné. De l'Administration et du médecin d'Asile, ce besoin, dont Sano a exprimé le caractère fondamental, doit se reporter sur le nourricier et sa famille. *Le médecin de l'assistance familiale et l'institution centrale représentent le pilote et l'escale intermédiaires de cette délicate traversée.* Le vague sentiment de faiblesse et d'infériorité se trouve ainsi compensé par la notion du recours possible à des êtres protecteurs. Même l'éta-

blissement central, bien qu'il soit craint au début comme un épouvantail, devient bientôt le lieu d'asile tutélaire, auquel s'adresse le malade quand l'adversité, sous quelque forme qu'elle se présente, vient le surprendre et l'accabler (Sano).

Ce recours, dans les premiers temps, se révèle souvent nécessaire.

### Interpsychologie des nourriciers et des pensionnaires

Les relations entre nourriciers et pensionnaires sont avant tout fonction de la capacité affective des deux éléments en présence. Le problème du placement des malades est donc au premier chef un problème de compréhension mutuelle. Mais il comporte bien d'autres aspects, qui entrent en ligne pour assurer une bonne adaptation réciproque.

#### LE CHOIX DU PLACEMENT

##### *Rôle du médecin et du visiteur*

Le choix du placement tient compte de toutes les données matérielles et humaines interprétées en fonction de la psychologie du malade, de son niveau intellectuel, de ses besoins d'affectivité et de dépense motrice, de ses facultés d'orientation. Dans les placements où les malades couchent dans une même chambre, il faut tenir compte aussi du (ou des) camarades de placement. C'est le cas habituel à Ainay ou à Dun, tandis qu'en Belgique, chaque pensionnaire possède une chambrette distincte.

Les sujets les plus afflinés, ceux qui éprouvent le plus grand besoin d'extérioriser leur pensée se plaisent surtout dans les bourgs, où l'on place par exemple les anciens instituteurs ou professeurs, les amateurs de musique, les malades qui désirent s'occuper dans les métiers d'artisanats : ébénistes, menuisiers, matelassiers, etc... Dans la voie pathologique, ces petits centres sont recherchés par les psychasthéniques, les petits interprétants. Les uns et les autres rencontrent des nourriciers, des habitants et des camarades qui les comprennent mieux, ou bien qui peuvent leur procurer des occupations à leur gré. Ils y rencontrent aussi des distractions plus fréquentes qu'en pleine campagne.

Les malades plus vigoureux, qui ont à dépenser leur force musculaire, ceux dont le caractère s'avère plus rude, ceux qui, absorbés dans leur délire, fuient le va-et-vient de la ville, réus-

sisser mieux à la campagne. Nous y envoyons aussi d'emblée les alcooliques, aussi loin que possible des débits de boisson. Les arriérés profonds, les imbéciles, les déments précoces bruyants, quelques idiots sont confiés aux paysans isolés dans la lande, comme Bulckens le faisait déjà pour le hameau de Winkelomsheide. Un de nos paranoïdes partait ainsi tous les jours de chez sa nourricière pour de grandes randonnées dans les prés voisins, jusqu'aux abords de la forêt, clamait des prières bizarres que l'on percevait à plusieurs centaines de mètres alentour.

La disposition et la tenue du placement tiennent une place dans notre choix. Aux maisons les plus soignées sont réservés des pensionnaires méticuleux : ailleurs, la tenue est moins stricte et la nourricière n'exige pas des précautions irréalisables pour des déments, des confus plus ou moins désorientés et amnésiques. Il arrive souvent dans nos campagnes que la minutie de la propreté ne coïncide pas avec la nourriture la plus abondante et la plus substantielle : à certains placements vont les malades qui ont à satisfaire un gros appétit. Une petite cour, un petit jardin précédant la maison sont précieux pour des gens âgés ou des infirmes fatigués. Un pré bien enclos, sur lequel s'ouvrait la chambre a suffi pendant huit ans aux ébats d'un vieux dément précoce qui le parcourait toute la journée, la pèlerine rejetée sur l'épaule, riant tout seul, marmonnant des mots incompréhensibles, ramassant des feuilles, des brindilles dont il bourrait ses poches, ou les mâchait longuement.

La proximité du canal, des rivières, de la grande route est contre-indiquée pour des sujets parétiques, vertigineux, épileptiques ou seulement distraits, pour les déprimés mélancoliques, pour ceux qui parlent trop facilement du retour dans la capitale et sont toujours tentés par des projets de voyages.

Le caractère des nourriciers apporte un élément important. Certains, trop autoritaires, se heurtent aux persécutés, aux revendicateurs, aux déprimés ; ils se montrent trop exigeants dans l'application de la discipline, trop incrédules vis-à-vis de malaises jugés imaginaires, ou bien ils ne savent pas respecter ce besoin farouche d'indépendance, et parfois de solitude qui est une nécessité fondamentale, une vraie soupape de sûreté psychique chez les vieux délirants hallucinés.

Ailleurs, les nourriciers au contraire se montrent trop mous, indolents ou négligents et ne savent pas prendre l'ascendant indispensable pour la conduite des débilés. Certains d'entre eux, doués en retour d'une patience inlassable, réussissent bien avec



les déments, les idiots, les imbéciles profonds qu'ils savent occuper et rendre moins sales.

Toujours on tient compte de la présence, de l'âge et du caractère des enfants : on écarte les épileptiques des familles qui ont des enfants en bas âge, et parfois aussi les déprimés qui, à la vue de ces petits, fait revivre des souvenirs pénibles et vains... Certains membres de la famille nourricière sont de caractère difficile ; d'autres, infirmes, seraient bousculés par des pensionnaires trop tumultueux. A Dun, on évite l'éclosion de sentiments de jalousie, auxquels les femmes sont sujettes, lorsqu'elles peuvent croire que la nourricière s'occupe avec plus de sollicitude d'un parent malade.

Enfin, l'assortiment des camarades de chambre pose lui aussi ses conditions : possibilité d'un accord des caractères, tout en évitant les influences néfastes du prosélytisme chez les pervers et autres déséquilibrés ; souvent on recherche une complémentarité des ressources physiques ou morales, qui utilise le solidarisme des malades tout en soulageant le nourricier. En suivant notre carnet de placements, nous retrouvons nombre de ces symbioses, facilement explicables. A Dun aussi, on associe souvent dans une même maison, une malade active avec une autre passive et peu consciente, qui se réveille de son état de torpeur au contact de sa camarade. Et les deux femmes en général bénéficient de cette association. Beaucoup plus surprenants, certains de ces « couples » franchissent le cours des années dans une absence de contact totale, une quasi-ignorance réciproque, un véritable parallélisme qui ne laisse place à aucun heurt. Chacun reste plongé dans un monde virtuel qui lui appartient en propre, et vis-à-vis du nourricier persiste aussi la même attitude « objective ».

Autant de cas d'espèce, autant de problèmes concrets à résoudre chaque jour : c'est là sans doute l'une des fonctions capitales du médecin de Colonie, dans laquelle de bons infirmiers-visiteurs lui apportent une aide de première importance. Une répartition judicieuse des malades évite de nombreux incidents et rend bien plus efficace l'action thérapeutique.

### *La période d'acclimatation et la stabilité des placements*

Il est certain que, dans la stabilité plus ou moins grande des placements de nos nouveaux malades, ce choix du placement joue un rôle énorme, et qu'il exige une expérience qui ne s'acquiert qu'avec le temps. Aussi pensons-nous qu'à ce point de vue,

comme à beaucoup d'autres, la continuité de l'action médicale est éminemment désirable. Par ailleurs, les divers malades font preuve d'attitudes très diverses à la stabilité.

Les convalescents d'affections aiguës ne font au sortir des hôpitaux psychiatriques, qu'un séjour de 3 à 6 mois en France, de 1 à 2 mois à Lierneux. Ils mettent à l'épreuve, dans un milieu indulgent et favorable, le retour de leurs capacités fonctionnelles, sans être talonnés par la nécessité impérieuse de gagner leur vie. Nos nourriciers ruraux ne s'attachent que peu à ces malades, qu'ils n'ont pas le temps de bien connaître.

Ils leur préfèrent les *chroniques*. Certains de ceux-ci passent toute leur existence dans la famille qui les reçut à l'arrivée. Ce n'est pourtant pas la règle. Souvent ils ne se plaisent que médiocrement dans le placement de début ; mais au bout de quelques mois ils se sont fait des relations dans le pays, ils demandent quelquefois eux-mêmes à prendre une place vacante dans une famille de leur choix. Les « bons » malades se stabilisent en général dans leur second placement. Les débiles instables, les encéphalitiques changent souvent : ils se montrent exigeants et croient toujours qu'ils seront mieux traités ailleurs ; d'autre part, comme leur réputation fâcheuse se répand assez vite, les nourriciers ne les acceptent pas volontiers. Le cas des déments précoces est un peu différent et, naturellement, assez paradoxal. Ch. Massaut l'a remarqué comme nous : ils font parfois plusieurs places sans pouvoir se fixer, puis, un beau jour, ils s'adaptent et restent chez un nouvel hôte, qui, pourtant, n'est ni meilleur, ni plus fin psychologue que les précédents. Il leur arrive même de conserver vis-à-vis d'un ancien placement, des habitudes bien étranges. Tel Gabriel A. qui, dès 1928, se met à fréquenter les communs chez le voisin de son premier nourricier ; changé de placement sur plainte de ce voisin, Gabriel a conservé depuis 7 ans son habitude initiale, dont rien n'a pu le détourner. Dans le nouveau placement auquel ces malades s'attachent, ils n'y font d'ailleurs souvent d'apparitions qu'aux heures des repas et pour le coucher. Le reste du temps ils déambulent à travers la campagne, ou même vont passer la journée chez d'autres personnes.

Pour certains sujets existe ainsi une *période critique d'acclimatation*. M. Ameline a pu décrire des accidents de l'arrivée, marqués par une exacerbation de l'état mental. Le malade est en proie à une sorte d'ivresse causée par le grand air, l'espace, la liberté. Le plus souvent se manifeste un besoin exagéré de mouvement. Le malade fait de longues promenades, et l'excès d'exer-

cice entraîne, dans les premières semaines, de l'amaigrissement. Ailleurs, ce sont de petites phases d'ennui. Chez d'autres, réapparaissent quelques réactions délirantes, discours, lettres, projets longtemps contenus par la contrainte de l'asile. Il faut aux vieux internés un certain délai pour secouer la « gangue asilaire » qui donne parfois l'aspect de la démence et au cours de cette résurrection, le réveil du délire, selon le mot d'Ameline, peut accompagner le réveil du cerveau.

Le plus souvent, ces accidents ne sont pas durables. Le médecin et l'infirmier-visiteur suivent le nouveau malade, et pendant les premiers jours du placement, aident à cet effort de rééquilibration. Ils exercent une influence de pondération, remettent les choses au point, exhortent à la patience un jour le pensionnaire qui s'énervé, et le lendemain le nourricier qui se lasse.

Puis la pénétration s'opère peu à peu, les troubles initiaux s'atténuent, et la force de l'habitude qu'ont bien étudiée à Dun, Dalmas et J. Vinchon, opère avec plus de puissance encore que dans la vie normale.

A Ainay, Colonie fondée en 1900, sur 426 malades placés en 1934, nous en relevons un qui se trouvait depuis 32 ans dans une même maison, il s'agissait d'un débile profond, travailleur assez régulier, bien que d'un caractère parfois difficile ; 6 placés depuis 25 à 30 ans, ce sont deux débiles, deux imbéciles, deux déments « vésaniques » ; — 24 placés depuis 15 à 25 ans ; — 43 de 10 à 15 ans ; — 42 de 5 à 10 ans ; — 249 de 1 à 5 ans, les autres depuis moins d'un an. Il est à noter que la Colonie en pleine période d'accroissement possédait une majorité de malades arrivés dans les quatre années précédentes.

A Dun-ville, trois malades se trouvaient dans le même placement depuis 32 ans ; 19 depuis plus de 20 ans ; 31 depuis plus de 10 ans. Contrairement à ce qu'on pourrait croire, les femmes sont peut-être plus versatiles que les hommes, moins attachées au foyer qui les reçoit. A Lierneux, certains malades sont dans la même famille depuis plus de quarante ans. A Gheel, qui possède un très vieux fonds de malades, les exemples de stabilité la plus prolongée abondent.

#### RAPPORTS DES NOURRICIERS ET DES PENSIONNAIRES

Quelle est la profondeur de la liaison affective qui s'établit entre nourriciers et pensionnaires ? Ce lien est extrêmement variable, et pour en fixer ici quelques aspects, accompagnons le médecin dans une de ses tournées de visites.

*Prise de contact.* — Dès que l'on arrive dans un placement, on juge du degré de pénétration du pensionnaire dans l'intimité familiale. Écoutons pensionnaires et nourriciers s'adresser la parole. Presque toujours, le nourricier désigne le pensionnaire par son prénom et le tutoie lorsqu'il s'agit d'un arriéré, d'un pensionnaire ancien, ou d'un homme qu'il considère comme un camarade. Il l'appelle Monsieur (suivi du prénom) lorsque le malade reste distant ou témoigne d'une supériorité évidente. Les vieux pensionnaires bien habitués en usent de même, et désignent souvent nourriciers et nourricières par le prénom : « Madame Marie, Mademoiselle Jeanne », etc... Parfois, les appellations, quoiqu'habituelles, sont purement délirantes, ce qui ne leur enlève rien de leur familiarité. Alexandre T., paranoïde qui se croit employé dans un gisement aurifère, appelle son patron « le monitor », la nourricière Rita ; il dit en parlant d'elle : « Rita a de beaux yeux noirs, mais cela ne paye guère ». Car il a beau bêcher, il ne découvre pas les pépites escomptées, cependant il est tout dévoué à la famille qui l'héberge. Certains sujets bien affaiblis et surtout détachés de l'ambiance, ne fixent pas, ou ne veulent pas employer de nom propre. A notre arrivée, ils appellent : Eh ! la nourrice... Seul, ce mot générique et impersonnel traduit chez eux l'indéterminisme de leur mentalité.

Pour les arriérés, débiles profonds et imbéciles, la nourricière s'appelle « Maman », le nourricier est le père. Sano le note aussi à Gheel. Celui qui reste en correspondance avec les siens parle de « l'onele » et de la « tante ». « Ces titres, dit Sano, impliquent avant tout, aux yeux du malade, avec l'autorité dévolue, le devoir aussi de lui procurer aide et assistance ». Les malades se reconstituent ainsi autour d'eux une nouvelle famille, dans la mesure où leur affectivité en impose le besoin.

*Les repas.* — La pratique des repas en commun est presque générale en Belgique, en Ecosse, et dans la plupart des autres pays. Seuls les sujets trop malpropres sont servis à part. On y voit la caractéristique de la famille ainsi qu'un bon moyen d'action morale.

En France il n'en va pas de même. Le caractère peut être plus individualiste des nourriciers et des malades fait le plus souvent servir les repas dans les chambres, où, par contre, les deux ou trois pensionnaires mangent ensemble. Nous avons relevé, à Ainay, 74 placements (sur 282, en 1935) où les repas sont pris avec les nourriciers : ces placements sont situés surtout à la campagne, chez des veuves ou des cultivateurs. Dans le premier

cas, c'est, peut-on dire, la nourricière toute seule qui mange avec ses malades, lesquels lui tiennent compagnie et souvent préparent le repas. Chez les cultivateurs, le travail en commun se couronne à une même heure du repas en commun. A Dunville, sept nourricières seulement mangent avec les malades mais dans les annexes se rétablit une proportion voisine de celle d'Ainay.

Nous pensons avec M. Pasturel que ce serait une maladresse psychologique d'imposer le repas en commun, surtout vis-à-vis de persécutés, de malades défiants. Pourtant, on peut souhaiter que la coutume s'en généralise, car le repas symbolise bien la véritable participation à la vie familiale, et donne un caractère plus intime à l'hospitalité, en même temps que la garantie matériellement précieuse d'une nourriture égale.

*Les degrés de pénétration.* — L'attitude des malades est, en fait, des plus variables et ici encore on retrouve la signature de la psychose et celle de l'individualité.

1° Certains paranoïaques demeurent obstinément fermés, inaccessibles à la sympathie, et fuient toutes les occasions qui pourraient la faire naître. Les débiles instables et les déséquilibrés pervers, les alcooliques invétérés n'ont aucun attachement, ils viennent juste au moment des repas, quittent la maison aussitôt après, jusqu'à l'heure tardive du coucher ; ils ne prennent aucune part à la vie commune, changent de placement sans hésitation ni regrets, sans même un mot d'adieu. Les déments précoces, à l'affectivité fantasque, déroutent les nourriciers ; seuls quelques discordants plus âgés et incohérents sont appréciés lorsque leurs stéréotypies se plient au travail agricole, mais ils demeurent étrangers à l'entourage.

2° Chez les délirants chroniques, plus ou moins affaiblis, tous les degrés s'observent. C'est en voyant vivre les vieux délirants de la Colonie que nous avons pu classer, d'après leur comportement, les séquelles des délires chroniques. Les uns sont bien *intégrés* (ou réintégrés, après une phase d'hallucinations actives) au monde réel : ils s'y orientent comme nous ; ce sont les cas les plus favorables. Ils ont avec leurs nourriciers les contacts normaux que comporte leur situation. Parfois ils manifestent un attachement plus explicite aux nourriciers qu'à leur propre famille : Pierre F., ancien instituteur, dans ses lettres à sa femme, à laquelle il écrit « vous », parle du petit garçon de ses nourriciers, qu'il guide dans son travail scolaire, mais ne s'inquiète jamais de la vie que mènent sa femme et ses enfants,

Louis Pech., placé chez une veuve âgée, de plus en plus impotente, tient la maison, fait le ménage et la cuisine mais s'inquiète lorsque sa femme vient le visiter, car avec elle réapparaît l'atmosphère trouble d'autrefois.

D'autres, chez qui le délire a gardé plus d'emprise, demeurent fermés, et ne frayent pas. Eugène L., qui depuis 15 ans se trouve chez la même nourricière, se confîne dans le silence : « Je parle à la nourricière lorsqu'elle est de bonne humeur »... et il reste le plus souvent taciturne.

Certains réalisent des processus intermédiaires de conciliation entre le réel et le virtuel, et déroulent des vies délirantes dans un cadre qu'ils reconnaissent encore comme nous. Mais, chez d'autres, l'ambiance elle-même est transformée. Ils attribuent aux lieux, à l'entourage, nourriciers et camarades, des noms et des histoires qui ne répondent en rien au réel. Pourtant ces sujets manifestent encore, malgré l'identification fantaisiste, un comportement adéquat vis-à-vis des nourriciers auxquels les lie un attachement net. Gilbert V., bien que circulant librement pour faire les commissions de ses patrons, ne cesse de réclamer sa sortie des hôpitaux. Pourtant il veille avec un soin jaloux aux petits intérêts qu'on lui confie, signale toutes les variations de prix, craint toujours qu'on ne rende pas bien la monnaie, etc. Les intérêts de ses nourriciers sont devenus absolument les siens. Tous les jours, nous voyons aussi le Roi Ordre, à cheval, partir pour les champs de ses nourriciers qu'il cultive comme s'il s'agissait de sa propriété personnelle.

Ces malades dont la formule délirante n'est pas homogène comme chez les premiers, démontrent à l'évidence que le trouble fondamental des « paranoïdes » marque une dissociation de fonctions inégalement atteintes.

Mais le contact, souvent bien conservé avec la famille des nourriciers, atteste aussi que la sociabilité, la compréhension mutuelle avec les proches figurent parmi ces fonctions les plus primitives que nous appelons les comportements fondamentaux, et seulement chez les sujets profondément touchés, l'indifférence aux nourriciers confine à l'indifférence complète.

3° Les malades les plus nombreux d'Ainay, arriérés profonds et artério-scléreux affaiblis, s'assimilent intimement à leur nouvelle famille. Le plus souvent ils s'occupent avec les nourriciers dont ils finissent par être estimés et aimés, en partageant la table, les fêtes de famille, les joies et les deuils.

Ils témoignent à l'égard des nourriciers âgés ou malades un dévouement précieux. Souvent au bord des chemins on rencontre

une triade bien caractéristique : une vieille femme qui tricote, accompagnée du pensionnaire gardant la chèvre ou la vache dont le lait les nourrit tous les deux. Plus loin, voici un délirant affaibli, puis un imbécile profond soutenant tout le jour leur patron, parkinsonien avancé ; un vieux débile soigne jusqu'à sa dernière demeure la nourricière âgée de 80 ans. Ailleurs, nous voyons un sourd-muet, plusieurs débiles surveillant fidèlement les enfants de la maison.

Pour tous ces malades, le terme de *placement familial* prend sa pleine signification, et ils en retirent le bénéfice le plus évident. De plus, ces malades entretiennent les meilleurs liens de camaraderie réciproque. En un mot, sous tous les aspects, ce sont eux qui manifestent le mieux une affectivité restée fruste ou résiduelle, mais normale.

Les mêmes remarques se font à Dun auprès des malades femmes. Mais la pénétration familiale n'y est pas plus profonde qu'aux hommes. Les femmes vivent beaucoup dans leur chambre, elles se font, peut-être avec plus de facilité que les hommes du même niveau mental, une existence autonome. La camaraderie se traduit par des relations plus suivies entre elles, elles se lient davantage que les hommes, se reçoivent, vont bavarder les unes chez les autres en apportant leur travail de couture ou de broderie. Pasturel rapporte le cas de deux Alsaciennes, l'une de Phalsbourg, l'autre de Wissembourg, venues de deux asiles différents, qui ont fait connaissance à la Colonie, dans le petit pays des Chemeaux où elles sont placées chez des nourriciers voisins. Elles ne se quittent jamais.

Nous avons recherché s'il ne s'établissait pas, parfois, entre nourriciers et malades, au delà de la sociabilité amicale, des *liens sentimentaux* et des *liaisons amoureuses*. Les faits sont très rares, et il est encore plus difficile de les connaître. Nous avons déjà noté que chez les hommes, la sexualité se bornait en général à des manifestations inférieures. L'insuffisance cérébrale moyenne ne dépasse guère ce stade, et de même que M. Ameline, nous avons été heureusement surpris par cette inactivité des fonctions sexuelles. Des alcooliques, des paralytiques généraux ont pu tenir des propos érotiques purement morbides et suivis de réintégration. Deux déments séniles avaient adressé, autrefois, de jolies lettres amoureuses à des dames d'Ainay qui portèrent plainte. Le Transylvain Sz., délirant chronique chargé de la mission de défendre la patrie, compose des vers hongrois qu'il jette sur le passage de la belle princesse, sa fiancée, fille de nourriciers, pour laquelle il a conçu un amour respectueux.

Dans la gamme normale, rappelons la précaution prise par certains nourriciers, mobilisés en 1914. Ils avaient demandé au directeur de reprendre certains malades dont ils redoutaient le caractère entreprenant vis-à-vis de leur femme demeurée seule. Par contre, on n'enregistre qu'un ou deux épisodes romanesques. Un grand déséquilibré buveur, aventurier entreprenant et malgré ses perversions, apte à faire vibrer la corde sentimentale, se met en ménage avec sa nourricière, de 20 ans plus âgée que lui : elle le fait sortir de l'asile où nous l'avions transféré, un essai d'occupation dans une usine de la région échoue, un réinternement s'impose et laisse la malheureuse victime du « Démon de Midi », dénuée de toute ressource, obligée de se placer domestique de ferme.

Entre un débile léger, bon travailleur, nature simple et loyale, et la jeune fille des nourriciers, à l'insu même de celle-ci, s'ébauche une idylle. Lorsqu'elle en prend conscience, un peu troublée, « elle dit non », le pauvre garçon vient en larmes nous conter l'aventure, qui grâce à l'honnêteté des deux jeunes gens n'eut d'autre suite — chagrin à part — qu'une mutation de placement.

Nous terminerons par un mariage. « La Princesse Isabelle », de Maeterlinck, devait être conduite au delà de la mort par l'ange invisible, vers un fiancé idéal ; elle se trouve guérie miraculeusement lorsque s'insinue dans son cœur le nouvel amour, le médecin de la Colonie de Gheel.

Ici, nous restons dans la réalité. Un jeune ouvrier parisien, déçu par l'impossibilité de trouver du travail au cours de la crise économique, avait présenté un accès psychopathique, une réaction suicide ébauchée ; envoyé en convalescence à Ainay, il y apprit rapidement le métier de matelassier, et lors de sa sortie partit s'établir dans son pays d'origine ; bientôt nous apprenions son mariage avec la fille de son ancien nourricier. La Colonie avait rendu dans des conditions normales l'espoir au malade tout en lui permettant de fonder un foyer.

Nous n'avons envisagé ici que la Colonie des hommes. La vie des femmes à Dun se montre plus riche en épisodes délirants d'ordre érotomaniaque, réduits à la poursuite de chimères, et beaucoup plus pauvre en incidents réels. Dans les grossesses dont nous avons parlé, les nourriciers sont toujours hors de cause, et les victimes ne sont que le jouet passif de leurs tendances érotiques qu'exploite l'inexplicable brutalité d'alcooliques ou de pervers.



*L'attachement au nourricier et l'attachement à la maison*

Comment réagissent les pensionnaires bien habitués après un long séjour, lorsque le nourricier vient à changer de résidence ou lorsqu'il vient à mourir ? L'attachement à la demeure, au cadre naturel de la vie, prévaut-il sur l'attachement aux personnes qui l'ont soigné ? Les deux cas existent, et nous en avons observé bien des exemples. Lors des déménagements, si fréquents à la campagne, les nourriciers emmènent en général leurs pensionnaires, à moins qu'ils ne prennent ce prétexte pour se séparer de l'un d'eux. En ville, les malades sont parfois plus attachés à une chambre, dont ils apprécient les avantages, qu'aux patrons, ceux-ci sont souvent les seuls à gagner à la mutation de domicile.

Nous connaissons une maison qui, au cours de changements successifs, fut louée pour la troisième fois « avec » les mêmes pensionnaires : ceux-ci sans mot dire s'adaptaient aux nouveaux occupants...

Lors de décès des nourriciers, les malades souvent ne quittent pas la maison, mais passent chez le fils ou le gendre qu'ils ont connus enfants, ils continuent de faire partie de la même communauté affective. Un imbécile âgé, placé lors de son arrivée il y a trente ans, chez une veuve, s'est trouvé complètement désorienté depuis la mort de celle-ci. Rien ne pouvait faire prévoir ce profond attachement de la part d'un homme très borné, presque incapable d'extérioriser sa pensée.

La fidélité au nourricier se montre parfois d'une ténacité inébranlable. Un imbécile, qui n'avait pu il y a 25 ans suivre les nourriciers dans une maison trop petite, ne put jamais s'acclimater chez d'autres personnes. Au bout de dix ans, il venait les retrouver. Le nourricier depuis lors est devenu veuf et voici quinze ans que les deux hommes vivent ensemble tant bien que mal, faisant leur cuisine, lavant leur linge, cultivant leur jardin. Notons que ce malade avait à la Colonie un frère avec lequel il ne put jamais s'entendre, bien qu'on ait au début tenté de les rapprocher dans le même placement.

Un dernier exemple d'attachement au nourricier, et au régime du placement qui, dans ce cas, dépasse l'attachement à sa propre famille. Un jeune débile profond placé depuis une dizaine d'années chez des paysans très frustes, fut désigné pour travailler à des terrassements à l'asile de Vaucluse. Ses parents venaient l'y visiter de temps à autre et espéraient l'y maintenir. Mais Rob. réclama avec tant d'opiniâtreté son retour à la Colonie

qu'il obtint enfin gain de cause, et sa joie fut grande lorsqu'il revit la ferme des Boussicots perdue au fond d'un lointain chemin d'herbes, mais où il retrouvait auprès de bons nourriciers, le grand air et la liberté.

### Travaux et occupations des pensionnaires

Installés chez les nourriciers qui moyennant l'indemnité journalière les logent, les nourrissent, les blanchissent, les chauffent, que vont faire nos pensionnaires ? Ne vont-ils pas se perdre dans l'inaction, voire même dans l'inertie ? L'étude de leurs occupations constitue une introduction toute naturelle à l'étude de leur psychisme.

Nous l'avons indiqué déjà, en précisant le libéralisme entier qui préside aux occupations des malades, *une constatation s'impose d'emblée : l'immense majorité des malades valides s'occupe*, chacun d'après ses possibilités physiques et mentales.

On passera ici, rapidement, en revue les trois catégories de *travailleurs* qui appliquent une part de leurs forces à des fins utiles pour l'entourage ; des *oisifs* et de ceux qui se livrent à des distractions tout à fait improductives ; enfin de ceux qui se créent des occupations dépourvues de but lucratif, des occupations autonomes ou libérales : ils constituent de beaucoup la classe la plus intéressante.

### LES TRAVAILLEURS

Les travailleurs manuels constituent la grosse majorité. Nous les avons déjà divisés en bons travailleurs spécialisés, en manœuvres et petits journaliers, enfin en simples « bricoleurs ».

Les bons travailleurs... Ne craignons pas de le répéter : ils sont très peu nombreux, une vingtaine au plus. Ils se définissent par leur initiative suffisante pour qu'ils travaillent seuls, par leur intelligence, qui permet des métiers spécialisés, par leur effort soutenu et régulier. Ils paraissent donc capables de gagner leur vie, pourquoi dès lors se trouvent-ils internés ?

Ils comprennent deux groupes : les convalescents et les chroniques.

Les premiers ne font, au sortir des Asiles, qu'un bref séjour à la Colonie. La difficulté actuelle à trouver du travail au dehors les oblige parfois à prolonger cette attente lorsque leur état physique est encore précaire, ou que les troubles mentaux

seraient susceptibles de réapparaître au milieu des vicissitudes d'une vie incertaine.

Voici Jean Pr., bon plâtrier-peintre, qui tout en remettant à neuf des chambres, des voitures, finit de guérir à Ainay un accès confusionnel en rapport avec des lésions pleuro-pulmonaires ; il a économisé quelques centaines de francs, a éprouvé ses forces, lors d'un congé d'essai, chez un patron de Vallon-en-Sully, puis remis en liberté, est parti travailler sur la Côte d'Azur. Un autre peintre, ancien alcoolique, reprend son métier à Lurey-Lévy. E..., jeune tailleur pour dames, F..., ouvrier casquetier, convalescents d'accès périodiques, s'essaient dans leur profession avant la sortie définitive. M..., à la fin d'un accès discordant, pose des appareils de T.S.F. chez les habitants de Saint-Bonnet-Tronçais. A l'issue d'un accès alcoolique aigu, N... reprend à Ainay son ancien métier de matelassier, qui l'expose moins à la boisson que celui de garçon de café. V..., entré pour un accès de dépression psychogène dû à l'impossibilité de retrouver au sortir du régiment une place de comptable, très bon employé de bureau et subtil dessinateur de croquis licencieux, est parti muni d'un emploi de représentant de commerce. Plusieurs convalescents d'épisodes alcooliques subaigus se sont mis avec succès aux travaux agricoles avant de rejoindre des membres de leur famille établis en province.

Tous ces gens ont à Ainay repris progressivement l'activité complète, l'ont éprouvée avant de se lancer dans la vie réelle.

En face d'eux, quelques autres sujets capables d'un bon travail, représentent des séquelles d'affections sérieuses qui leur interdisent de s'éloigner d'un milieu spécial. Un vieil alcoolique chronique a, pendant trente-deux ans, tenu l'atelier de serrurerie de la Colonie, exécutant toute les clefs et les serrures, une vitrine métallique pour les instruments de chirurgie, de nombreuses réparations... Au moulin de Papotte, travaillent deux débiles qui portent et cousent des sacs, depuis plusieurs années : l'un, débile léger mais quelque peu pervers et cardiopathe, l'autre sourd-muet enclin aux excès de boisson. Un ancien colonial, G. de C..., cache avec soin les restes d'un épisode hallucinatoire, il est devenu l'homme de confiance de sa nourricière, veuve dont il soigne tous les jours les vaches avant d'aller lui-même faire régulièrement un travail d'ouvrier agricole. Un autre ancien délirant de cinquante-cinq ans, Martial G..., refoule les séquelles d'une psychose ancienne et s'est fait une vie toute spéciale au hameau des Bruyères d'Isle. Il ne porte pas les habits de la Colonie, mais il a adopté la tenue et l'allure de nos paysans pour

qui il travaille sur un pied d'égalité, et dont il a conquis l'estime. Tous le connaissent sous le nom de M. Léonard, qu'il s'est donné, et sous lequel il se fait adresser les objets dont il a besoin, même un petit fût de vin blanc, venu du Midi, qu'il préfère au gros rouge de la région, et dont il use sans excès. M. Léonard est peu loquace, et lorsqu'on lui parle de son passé, il se contente d'évoquer le temps lointain où au Tonkin, il avait le grade de sergent-major.

Un grand délirant mystique, qui avait été présenté par Vallon et Aug. Marie au Congrès de Nancy, 1896, et qui, toujours très halluciné, se croit le champ de la lutte des bons et des mauvais esprits, hébraïisant cultivé, remplit pendant des années et notamment pendant la guerre les fonctions d'employé d'économat. Un autre pensionnaire, débile, remplaça pendant la guerre de 1914 le boulanger de Valigny. Ces malades s'acquittèrent eux aussi, à leur façon, de leur devoir patriotique.

*Manœuvres et petits journaliers.* — La seconde catégorie reste encore bien limitée. Ce sont de bons petits travailleurs à l'initiative bien plus réduite que les précédents, d'un niveau mental inférieur, mais surtout d'une régularité moins grande dans l'effort. Voici les débiles profonds, quelques épileptiques et même quelques imbéciles, des artério-scléreux, des délirants hallucinés, des alcooliques chroniques, un psychasthénique, même un paralytique général impaludé, quelques déments précoces.

Leurs occupations diffèrent dans les bourgs et à la campagne. A Ainay, à Saint-Bonnet, des débiles se rendent très utiles en faisant le ménage, les courses, la vaisselle, ils ont depuis de nombreuses années des clients attirés, parmi lesquels nous notons des commerçants, des hôteliers, un curé, etc... Suivons l'un d'eux au cours de la journée ; Louis F... est l'homme de confiance de l'un des médecins ; il s'acquitte consciencieusement, bien qu'avec lenteur, des besognes les plus diverses. Il part de chez sa nourricière, fermière proche d'Ainay, dès 6 h. 1/2, vient entretenir le chauffage central et allume le feu chez le médecin, puis va chercher le lait de sa nourricière et le distribue aux habitants de la grande rue. Il fait les courses, porte le courrier à la poste, nettoie la voiture, accompagne à l'école les enfants à l'égard desquels il se montre toujours doux et patient, il soigne les lapins et les volailles, aide au jardin, il fait encore de petites réparations de cordonnerie, et à quatre heures, va faire les commissions d'un quincailler.

Un débile, un sénile de 82 ans, font des travaux de cordonne-

rie à la Colonie et pour des gens de la ville. Un artério-scléreux spécifique livre les paquets du messenger, les médicaments du pharmacien, dont un vieil alcoolique lave les bouteilles, dont un ancien persécuté tient les comptes. L'un de ces malades recrutait même des clients pour une société d'assurances de Paris.

Les boulangers ont chacun un malade qui porte les sacs de farine, les seaux d'eau, qui prépare le feu. Un tabétique, laveur de vitrines, était employé par tous les marchands de la grande rue.

Les expéditeurs de volailles, de bestiaux, utilisent des pensionnaires pour conduire leurs voitures ou leurs bêtes.

La coiffure est une profession plus sujette à caution..., néanmoins, sans parler des aides qui savonnent les malades de la Colonie pendant que les visiteurs les rasent, nous voyons deux de nos malades exercer la coiffure au dehors : un ancien revendicateur, connaissant bien son métier, rase ses camarades moyennant d'honnêtes pourboires. Un vieux syphilitique pseudo-bulbaire, aux limites de la démence, trouvait des clients parmi les habitants d'Ainay qu'il rasait encore pour deux sous. Voici un alcoolique chronique, un débile épileptique qui ont plusieurs cordes à leur arc : les maçons, les peintres, les serruriers, les menuisiers les emploient, en sont satisfaits ; mais tout à coup, le zèle de ces malades tombe, et ils se retrouvent sans emploi...

Les travaux de la campagne leur offrent des places de journaliers périodiques, qui apportent leur concours à la moisson et au battage, à la récolte des pommes de terre, des betteraves, au labour. Ils préfèrent en général travailler hors de leur placement, bien que quelques-uns de ces précieux auxiliaires deviennent parfois, chez leurs nourriciers, de vrais membres de la famille, tel un alcoolique d'une quarantaine d'années qui, souvent ivre et inactif à Ainay, est devenu une fois placé dans une ferme à 4 km. l'ami des fils des nourriciers, en même temps que le compagnon inséparable de leurs travaux. Des débiles autrefois pervertis par des circonstances familiales désastreuses, retrouvent, grâce à la vie normale et saine qu'ils mènent auprès des paysans, une conduite sans reproche.

Un débile migrateur d'un niveau mental pourtant très bas, boitant légèrement et bégayant, souvent écholalique, avait contracté pendant la guerre de singulières habitudes qu'il fut impossible de lui faire abandonner dans la suite : il parcourait tous les cantons voisins, jusqu'à Saint-Amand, à Vallon-en-Sully, à Bourbon-l'Archambault, cirant les parquets, lavant la vaisselle, sonnant les cloches pour les cérémonies. Tout le monde,

sur ce rayon de 40 km., connaissait « Gégène », le retenait longtemps à l'avance en inscrivant noms et dates sur son petit carnet, qu'il se faisait relire chaque jour pour connaître son emploi du temps du lendemain, car il ne savait pas lire, mais il comptait avec satisfaction ses économies qui s'élevaient à quelques centaines de francs, et il ne rentrait à Ainay que toutes les semaines pour changer de linge.

Tous ces sujets sont de niveau intellectuel très différent, les moins élevés, des imbéciles, doivent la qualité de leur travail à leur application, à leur patience, et à ce qu'ils ont été éduqués par des nourriciers attentifs. Ainsi le jeune Albert, amené à l'âge de 13 ans, en 1906, se trouve depuis lors dans la même famille de paysans intelligents et avisés ; il n'a rien appris à l'école du village, qu'il fréquenta quelques mois ; par contre, aidant aux travaux des champs, portant le lait en ville, soignant le bétail, il est devenu pour ses nourriciers un collaborateur très précieux.

Inversement, chez des malades de niveau bien supérieur, l'instabilité rend vain tout espoir de sortie en liberté. L'irrégularité de leur effort, la variabilité de leur humeur souvent ombrageuse, leur vanité prétentieuse ne leur permettent de rester dans aucune place. Voici un débile profond, de santé robuste qui, depuis 1931, travaille à la ferme de la Boucaumerie. On est content de lui, et il fait de petites économies. Enfin, pour Noël 1933, il atteint le but convoité : il peut acheter un phonographe... Dès lors il abandonne le travail, parcourt le pays pour faire entendre son instrument, dans les fermes, dans les cafés... Cette petite période de déséquilibre dure environ deux mois...

Voici un autre débile, moins profond, mais très instable, un peu vaniteux, Robert Ch..., interné depuis 1915, et ne songe qu'à sa sortie. Il n'est pas mauvais ouvrier, bien qu'il change souvent de patron, et nous décidons en janvier 1933 de tenter une expérience. Robert est confié au fils d'un propriétaire d'Ainay, qui gère des domaines dans la Nièvre : moins d'une semaine après son départ, notre jeune homme revient l'oreille basse... le travail était trop dur, il fallait se lever bien tôt, et l'on ne pouvait pas aller à Nevers aussi souvent qu'il l'avait escompté.

Reste enfin la classe des petits bricoleurs, qui groupe plus de la moitié de notre effectif total.

Ce sont, pour la majeure partie des imbéciles, pour un quart des débiles, puis des délirants et de vieux alcooliques affaiblis, des artério-scléreux avancés, quelques paralytiques généraux impaludés ou à forme prolongée, quelques déments précoces avec

un minimum de réactions impulsives et qui s'occupent malgré leur incohérence.

Pour minimiser qu'ils soient, leurs services sont bien appréciés d'une population rurale qui n'a pas l'eau dans les maisons, qui ne se chauffe qu'au bois, qui habite bien loin des fournisseurs. Les malades vont chercher l'eau à la fontaine et la tirent au puits, portent le linge à la rivière où on le lave, fendent et scienc le bois, font toutes les commissions. Un débile profond hémiplégique est le porteur auxiliaire des télégrammes, un imbécile myxœdémateux achète les journaux pour le village des Bruyères-d'Isle, un débile instable est le courrier de l'un de nos visiteurs, un imbécile, petit, aux longues jambes, qui projette des enjambées formidables et tutoie tout le monde, faisait encore en ces dernières années le chemin de Charenton-du-Cher (6 km.), plusieurs fois par jour.

Six débilés lavent la vaisselle dans les hôtels, les verres dans les cafés, et les débitants ont bien soin que ces malades, qui leur sont utiles, ne fassent pas d'excès de boisson. Un vieil artériocléreux s'était fait une spécialité de tuer les volailles. Un débile profond « tient le pied » des chevaux chez le maréchal-ferrant.

Les travaux agricoles offrent des exercices très simples : charge des voitures, roulage des brouettes, récolte des pommes de terre, des betteraves. Les meilleurs bêchent, gardent les troupeaux, et aux confins de l'imbécillité profonde ramassent de l'herbe pour les lapins, « dépattent » les blettes, c'est-à-dire les débarrassent de la terre argileuse qui les recouvre.

Tous ne peuvent atteindre de pareils travaux, et aux confins de l'imbécillité profonde et de l'idiotie, de l'incohérence paranoïde accentuée et de l'inertie complète, les nourriciers parviennent à ordonner les plus légères velléités d'activité, à stéréotyper les ébauches motrices dans un sens utile. Un imbécile passe son temps à ramasser du crottin pour son nourricier, vieillard de 80 ans ; un paranoïde très dissocié, un tiqueur figé par une psychasthénie grave, un débile adiposo-génital se mettent à faire quelques courses, c'est pour eux presque le salut, l'amélioration générale est manifeste. Un imbécile commence à aller chercher le journal, un autre très arriéré porte quelques seaux d'eau, et ils déchirent moins souvent leurs habits ; un idiot qui marquait le pas toute la journée dans les cours de la Colonie, en fredonnant un refrain indistinct, est dressé, par un débile balayeur, à rouler sa brouette.

Mais que ces maigres résultats demandent d'efforts et de patience... et que de bévues, que d'actes manqués, de « gaffes ».

irréparables pour lesquelles on vient apporter doléances et demander compensation au directeur de la Colonie !... Certains nourriciers ont une indulgence d'appréciation vraiment sans limite. « C'est tout à fait le brave type », nous dit une bonne fermière d'un dément précoce aux colères impulsives, mais courtes, « quand cela le prend il vient à la maison, brise quelque chose, mais retourne bêcher aussitôt »... Un vieux dément perd un jour, dans le bois, les chèvres de la nourricière et revient sans s'en soucier plus. Un débile chargé de nettoyer les cabanes à lapins jette avec la paille une portée de petits dont on avait omis de lui signaler l'existence. Un débile âgé laisse tomber trop lourdement la bombonne d'huile qu'il portait à la coopérative, et regarde s'en écouler le contenu... Av. porte le lait pour l'hôtel, mais oublie parfois de remettre l'argent qu'on lui confie.

Ce ne sont là qu'exemples pris au hasard ; les pensionnaires ne justifient pas, quelquefois, la confiance qu'on met en eux avec un peu trop de facilité et... pas assez de discernement.

Aux femmes, les occupations sont, bien entendu, différentes. Elles rendent de petits services d'ordre ménager, aident à la cuisine, à la vaisselle, aux nettoyages, à la couture. Elles secondent les nourricières de campagne à la basse-cour et à la lessive ; elles gardent les enfants. A Dun-ville, les bonnes travailleuses se louent comme femmes de ménage ou font, soit à domicile, soit dans leur chambre, de la couture, de la lingerie et divers ouvrages de dames. Certaines d'entre elles ont même à Dun introduit l'industrie de la confection à domicile, et dans ce domaine, nos Parisiennes se sont faites les éducatrices des nourricières. Ces dernières sont devenues en pratique les ouvrières de leurs pensionnaires, qui reçoivent les commandes des entrepreneurs, répartissent, centralisent et réexpédient le travail.

Dans tous les pays, les occupations signalées sont du même ordre, avec les variantes qu'apportent de petites industries familiales, telles que la vannerie, la préparation de la laine ou du chanvre, le tissage des étoffes, toutes occupations qui associent dans une même œuvre commune le nourricier et le pensionnaire.

#### LES OISIFS

*Vieillards, infirmes, délirants, « rentiers », apathiques*

Lorsqu'on prend en considération les formes les plus humbles du travail, qui ne sont guère qu'un aménagement utilitaire d'une motricité presque purement mécanique, et souvent intermittente,



on voit se rétrécir beaucoup le cercle des malades qui ne s'occupent à rien. Toutes déductions faites, il y en a tout au plus 1/5 de l'effectif. Cette proportion peut sembler élevée, néanmoins il faut tenir compte de l'âge avancé auquel arrivent les pensionnaires, qui dans la dernière partie de leur vie ne peuvent plus accomplir de travail. Voici une vingtaine de ces vieillards de 70 à 80 ans, obligés de garder la maison ou de n'en plus quitter les alentours immédiats. A Ainay, ils habitent près de la Colonie et viennent passer leurs journées dans le parc ou à la salle de réunion.

Un second lot réunit une quarantaine d'infirmes surtout d'ordre neurologique, que nous avons choisis pour les faire échapper à la vie d'asile si triste pour eux : hémiplegiques et paraplégiques par encéphalopathies infantiles représentent tous les degrés de l'arriération mentale. Un de nos paraplégiques se promène sur le tricycle que nous lui avons fait construire, et l'actionne au moyen d'une manivelle. Un autre très grand infirme ne quitte guère sa chambre et lit inlassablement des ouvrages élémentaires d'histoire naturelle. Citons encore trois encéphalitiques très ralentis, un tabétique avec grosse incoordination, deux imbéciles sujets à des tics choréiformes. Des cardiaques, des artério-scléreux dyspnéiques sont réduits eux aussi à faire de petites promenades.

Entre ces pauvres déshérités s'établissent des symbioses touchantes : un ancien garde-malade alsacien, grand hypocondriaque longtemps alité dans son placement, retrouva une certaine activité professionnelle pour soigner, laver, faire manger son camarade encéphalitique. Un aveugle, accordéoniste, est amené tous les jours à la Colonie par un imbécile hémiplegique, et les deux infortunés réalisent sans s'en douter le duo pathétique de la fable.

Enfin voici le monde des *délirants* affaiblis, confinés dans un univers qui leur est propre.

Certains d'entre eux se livrent à des œuvres qui relèvent du domaine exclusif du délire. Les exemples abondent, et quelques-uns sont restés bien vivants dans la mémoire des habitants. Un persécuté mégalomane, dès son placement, s'empresse de réaliser l'invention de ses rêves, engin étrange dont il prétendait démontrer les avantages, soit comme « brouette équilibrée », soit comme « corbillard roulant ». Un autre inventeur mégalomane s'attacha à démontrer que la terre était fixe et le soleil un disque de petite dimension, opinion renouvelée des Grecs, comme le remarque M. Ameline. Il tenta d'exposer sa théorie dans des

conférences publiques, puis se limita à la propagande individuelle. Mais un jour il partit à Bourges voir l'abbé Moreux, qui ne voulut rien comprendre...

Plus tard, pendant la guerre, un ancien pâtissier, persécuté mégalomane incohérent, exécuta un nombre incalculable de dessins gastronomiques, érotiques et fantaisistes, qui, dans l'évolution de son délire, marquèrent une modalité expressionnelle spéciale, située entre le déclin de son délire et le déclin de son intelligence. Nous avons recueilli 1.500 feuilles de cette œuvre étrange, dont nous avons essayé de dégager le riche symbolisme délirant.

À côté de ces travailleurs du délire, il en est enfin dont l'activité reste totalement improductive : Gaston H., qui se croit séquestré chez des « escriers », fait sa toilette avec coquetterie et se promène, à la recherche de ses armées, en lissant sa moustache. De vieux paranoïdes vont et viennent, confinés dans le silence. Un paralytique général, à la suite de l'impaludation, héberge dans son ventre des nains qu'il passe son temps à surveiller. Une dizaine de déments précoces se promènent au hasard dans la campagne, « faisant du sport », longues randonnées qui parfois se terminent loin d'Ainay, dans des fermes, lorsque perplexes, ils prennent conscience du paysage inconnu qui les désoriente.

Il faut encore faire place aux *rentiers*. Certains pensionnés de guerre, anciens revendicateurs, quelques vieux délirants chroniques, demeurés lucides, dont la rémission tardive, après des lustres d'asile, fait des « retraités du délire » (Dide et Guiraud), ne cherchent aucun travail et estiment avoir droit au repos. Qui le leur contesterait ? À l'issue d'une vie pleine de déceptions et de souffrances, ils ont droit à atteindre ce havre d'apaisement que les gens normaux souhaitent aux approches de la vieillesse. Certains se tiennent sur la réserve. D'autres sont plus affables et leur oisiveté n'est que temporaire ; tel Dor..., que décrivait autrefois Chaslin dans son *Traité de Sémiologie*, et qui tous les jours de l'été nous apportait de jolis bouquets de fleurs des champs : au bout d'un an de repos il est devenu un commissionnaire de confiance.

La paresse n'a que peu de représentants. On en demeure vraiment surpris. Il y a des apathiques, natures inertes chez des dysendocriniens hypothyroïdiens ou eunuchoïdes, obèses ou affaiblis, sans désirs et sans besoins. Nous ne voyons que deux ou trois vrais paresseux, et ce sont de bien mauvais sujets, tel ce petit débile, à tendances perverses, d'ailleurs affligé de malfor-

mations nombreuses, obèse, hernieux et strabique, qui parcourt le pays à la recherche de travail sans en trouver jamais, qui passe des journées, muni de lignes, au bord des étangs sans prendre un seul poisson ; par contre, il se livre à de menus trafics d'honnêteté douteuse vis-à-vis de ses camarades, et il a besoin d'être surveillé de près.

#### OCCUPATIONS AUTONOMES ET LIBÉRALES

A côté des malades qui se livrent aux travaux domestiques et agricoles, un petit noyau de sujets se créent eux-mêmes des occupations rappelant leur profession antérieure ou développant des aptitudes latentes. Certains d'entre eux ont une personnalité intellectuelle intéressante qui mérite de nous arrêter un instant.

Attribuons la place d'honneur à notre groupe musical. Un déséquilibré à tendances hypocondriaques, amateur de musique, chanteur agréable et bon guitariste est devenu le lien de talents épars, inégaux, souvent jaloux d'une indépendance stérile, qu'il parvient à coordonner en des concerts périodiques au long programme bien étudié. Ces concerts attirent à la salle de réunion cent à cent cinquante pensionnaires, quelques-uns ont été donnés à l'asile de Chezal-Benoît et à la Colonie des femmes de Dun. Trois ou quatre chanteurs à la voix maintenant bien éteinte, comme toute leur activité, font entendre, aux applaudissements chaleureux de l'assistance, de vieux refrains populaires. L'accordéoniste aveugle, dont la tête marque, par des oscillations, le rythme monotone de l'instrument, accompagne ces voix autrefois belles, que la maladie a privées de leur envolée et de leur accent. Un bon mandoliniste, délirant chronique, un violoniste très sentimental, jeune délirant paranoïde, parfois un jazz, complétaient l'ensemble.

La note vraiment artistique était apportée par un ancien chef d'orchestre de théâtres parisiens, compositeur de talent et remarquable violoniste. Vieux délirant intériorisé, il s'est recréé à Ainay, pendant quelques années, une vie très personnelle, toute consacrée à la musique, qu'il enseigne à une douzaine d'enfants, et à plusieurs adultes, avec une patience sans égale et de très bons résultats. Il est devenu un élément indispensable de la vie du pays. Son violon est attendu à l'église pour les grandes cérémonies, au bal public les nuits de fêtes, aux réunions des sociétés locales, qu'il accompagne même à Bourges et à Montluçon. Il dirige la partie musicale de la société de gymnastique féminine

pour laquelle il écrit des morceaux pleins d'entrain et de gaieté. Son activité était remarquable en dépit de ses 74 ans. Dans son mois, il arrivait à se faire de 800 à 1.000 francs qu'il distribue d'ailleurs pour la majeure partie sous forme de cadeaux et libéralités. Depuis lors, il s'est fatigué, et, à bientôt 80 ans, a dû renoncer à ses occupations. Un pianiste forme actuellement quelques élèves, un ancien instituteur, périodique, enseigne le français et le latin. D'autres professeurs ont prêté leur concours à la population d'Ainay, un ancien professeur de collège y enseigna longtemps les mathématiques ; en 1932, un maître d'école libre, déséquilibré artério-scléreux donna de bonnes leçons de français avant de reprendre en liberté sa profession.

Nous avons insisté, dans un article d'*Aesculape*, sur les dessinateurs, peintres et sculpteurs sur bois de la Colonie. L'un d'eux, vieux délirant taciturne, peint à l'huile de jolis tableaux de l'étang de Pirot, son lieu d'élection et les envoie à Paris, où ils trouvent des acquéreurs. Un de ses camarades sculpte dans les bûches de la forêt de Tronçais, le village de Valigny où il a retrouvé, après les années anxieuses d'un délire de persécution, la paix de son esprit. Un périodique en rémission, toujours vêtu d'une blouse blanche, s'exerçait sans cesse au dessin des machines, et y était devenu très expert. Voici encore un dément précoce qui peint à l'aquarelle, en couleurs nettes, châteaux et navires que lui commandent les Castellanaisiens. Un sourd-muet copie et agrandit des gravures au crayon noir. Un épileptique, un vieux délirant, tous deux mystiques, encadrent de dessins naïfs les pages de leurs cahiers de mémoires. Un vieux mélancolique de 80 ans, ancien peintre-décorateur, pratique encore son métier et excelle dans la confection de délicates fleurs de cire. Des déments précoces, anciens élèves des Beaux-Arts, n'ébauchent plus que des silhouettes malhabiles.

Tous ces malades trouvent dans les beaux-arts le meilleur dérivatif à l'emprise de la psychose. Leurs œuvres ne portent pas le cachet du délire. Elles témoignent de ce que peuvent, à l'issue de maladies graves du cerveau, des *talents résiduels*.

Dans un ordre d'idées moins élevées, toute une série de malades ont su se créer des occupations indépendantes qui leur font une vie assez active. Certains exploitent les ressources de la nature. La chasse bien entendu leur est interdite. Mais la pêche dans les beaux étangs qui servent de réservoirs pour le canal du Berry, et dans le canal lui-même a de fervents adeptes, affiliés aux sociétés locales : certains ne prennent jamais rien, malgré leur louable persévérance, d'autres, plus heureux, rap-

portent quelques tanches ou des poissons-chat, une carpe, un brochet, une anguille ; ils les vendent ou les mangent.

Un délirant chronique récoltait autrefois la gomme des pêcheurs. Un petit périodique, nature poétique et sympathique, s'est spécialisé dans la récolte et la préparation de plantes médicinales. Une nourricière intelligente a organisé pour ses pensionnaires des occupations lucratives : ce sont deux épileptiques à crises assez fréquentes : l'un s'est consacré à l'élevage des lapins, l'autre à celui des pigeons. Avant qu'une mesure administrative bien rigoureuse n'ait interdit aux pensionnaires l'accès de la forêt, ceux-ci y trouvaient de multiples débouchés à leur activité : ils ramassaient au printemps les violettes, le muguet, le buis, qu'un nègre faisait bénir à l'église avant de l'offrir, le jour des Rameaux ; à l'automne, c'étaient les champignons, le houx, le fragon. Maintenant, ils se rabattent sur les prés, y cherchent le pissenlit et la doucette, les escargots, en octobre, les prunelles pour la distillation...

Citons encore un ancien délirant qui fait des réparations d'horlogerie, un alcoolique chronique qui trafique de vieilles horloges et de vieilles montres : il les répare et les revend ; dans sa chambre, une centaine de ces appareils marquent l'heure, font un vacarme assourdissant. Les gens du pays l'appellent « le ferrailleur » et ne manquent pas de recourir à ses services.

#### SIGNIFICATION ET BUTS DU TRAVAIL DES MALADES

On a indiqué plus haut quelles questions soulevaient le travail des malades et sa rémunération dans le plan social. Il n'est pas moins intéressant dans le plan psychologique. Il est en effet bien difficile d'appliquer à l'aliéné la définition habituelle du travail : « activité dépensée dans le but d'en tirer une rémunération ». Cette définition qui vaut pour les convalescents et pour les bons travailleurs, voisins de la normale, n'a plus de sens pour les modestes occupations des manœuvres et des bricoleurs : ceux-ci se contentent d'un statut qu'on ne saurait homologuer à des conditions du monde ambiant — et pourtant certains s'attachent inlassablement à des fins utiles, dont ils ne sont souvent guère conscients.

Mettant de côté les bons travailleurs, interrogeons donc la majorité de nos pensionnaires sur la récompense, la valeur et les buts de leurs occupations.

Exceptions à part, nos bons journaliers reçoivent de 5 à 10 francs par jour, et s'en montrent satisfaits. Presque tous s'occu-

pent hors de leur placement, car les nourriciers, petits agriculteurs ou journaliers eux-mêmes, n'auraient pas l'utilisation de leur activité. Les petits travailleurs touchent à la campagne 1 à 2 francs par jour, ou à titre fixe 3 à 4 francs par semaine, les commissionnaires de confiance capables de besognes multiples atteignent à Ainay 100 à 200 francs par mois. Les malades occupés par les boulangers ont de 5 à 8 francs par semaine.

Les services isolés et de moindre importance se rétribuent suivant un tarif, qui, maintenu par la concurrence, ne varie guère : 2 à 3 francs par corde de bois scié (la corde vaut ici 2 stères et demi), 0 fr. 10 pour apporter un seau d'eau, 0 fr. 25 par brouette de linge roulée à la rivière, quelques sous pour chaque commission. Il s'y joint un casse-croûte : pain, fromage, verre de vin ou tasse de café, petits repas pour ceux qui travaillent dans les hôtels.

Les pensionnaires qui travaillent pour leurs nourriciers reçoivent moins d'argent, « une pièce de quarante sous tous les dimanches », mais ils mangent souvent avec leurs hôtes, partagent la même nourriture, et participent de plus près à la vie de famille, se chauffent au même foyer, reçoivent en cadeau du tabac, des vêtements, etc...

Ces avantages ne sont pas à négliger, et les sujets de petites capacités, que ne hante pas une présomption vaniteuse, préfèrent ne pas aller chercher de travail au dehors et bénéficier d'un bien-être plus élevé et plus familial.

C'est que, contrairement à la gamme des valeurs habituelles, *l'argent est loin d'être ici le but unique du travail*. Lorsqu'on demande à nos malades : Pourquoi travaillez-vous, les réponses sont très diverses. D'abord, celles des convalecents diffèrent tout à fait de celles des chroniques.

Les premiers sont heureux de gagner de l'argent pour s'acheter de nouveaux vêtements, payer leur voyage de retour à Paris, pour avoir quelques économies qui leur permettent d'attendre, une fois sortis, la reprise du travail. En quelques mois ils s'efforcent d'amasser plusieurs centaines de francs.

Pour les autres, qui se résignent à la vie réduite de la Colonie, ils ne désirent que de « l'argent de poche » et souhaitent seulement une *rémunération proportionnée à leurs désirs*. « Rien pour rien », affirme d'un ton péremptoire un vieux délirant qui ajoute : Je veux bien bêcher le jardin, mais il me faut ma tasse de café. D'autres sont heureux d'avoir quelques sous pour aller aux « assemblées » ou fêtes patronales des villages voisins, aux cinématographes de passage, à la fameuse foire d'Orval, qui,

tous les ans, au milieu d'octobre, pendant une semaine, transforme la ville de St-Amand-Montrond. D'accord avec le commissaire de police de Saint-Amand, nous délivrons une vingtaine de permissions spéciales pour « les Orval ». La foire commence dans la nuit du dimanche au lundi, vers 1 heure du matin, et réunit une foule de marchands qui apportent les articles les plus variés. Le jeudi « des dames » attire les pensionnaires amateurs de chevaux de bois et de friandises. Ces jours francs dans lesquels se relâchent bien des contraintes évoquent encore les vestiges d'un paganisme lointain... Ils marquent pour nos pensionnaires une étape importante de l'année.

Certains malades économisent pour acheter des vêtements personnels et des accessoires de toilette (cravates, chaussettes, coiffures), qu'ils mettent le dimanche ; ils sont très peu sensibles aux parfums et ne se procurent qu'exceptionnellement de l'eau de Cologne, pour ainsi dire jamais de dentifrices.

Un but moins louable s'exprime souvent : « Je travaille pour boire une chopine de temps en temps », nous dit-on. Malheureusement, c'est bien l'un des principaux stimulants de nos malades et nous nous sommes assez longuement étendu, dans le chapitre précédent, sur le problème de l'alcoolisme, pour ne pas revenir ici sur ses excès.

Certains malades sont économes et trouvent plaisir à avoir de l'argent d'avance. Le vieux délirant *Mon Toine*, qui autrefois, confectionna 2.438 petits étuis de bois, destinés à faciliter le tirage au sort, a conservé de divers commerces pratiqués au cours de son long séjour, 8.000 francs qu'il place en bons de la défense nationale ou porte cousus dans son gilet de flanelle. Plusieurs pensionnaires achètent des billets de la Loterie nationale, d'autres possèdent des livrets de Caisse d'épargne. Un débile opiniâtre fait de petites opérations de bourse et continue ses versements à la Caisse des retraites pour la vieillesse.

Il en est enfin pour qui la possession de l'argent constitue en elle-même une fin, ce sont des avarés thésauriseurs. Heureux de posséder billets et pièces, ils se sont refusés à suivre les changements successifs des types monétaires qui se sont multipliés depuis vingt ans : l'un se montre fier d'une importante liasse de coupures de 1 franc émises par les villes au cours de la guerre ; un autre a deux sacs de monnaies d'argent aujourd'hui hors d'usage, il a été impossible de leur faire admettre la perte de leur valeur. Pour eux, elle demeure intacte, ils ne cherchent pas à utiliser leurs espèces, et se bornent à admirer en elles le symbole de leur richesse... bien relative.

Enfin, beaucoup de nos malades ne demandent au travail que de les mettre en contact avec leurs semblables normaux, pour « causer aux gens », pour se distraire. Pour Louis Lem., qui depuis 1928 accomplit un travail forcené, c'est un véritable refuge à l'abri duquel il réalise encore les éléments de sa personnalité, dans l'incertitude où il se trouve de lui-même et de l'ambiance. « Ça passe le temps », dit-il. Son nourricier ne l'oblige à rien, Louis L. ne dépense pas les 25 francs qu'il reçoit chaque mois. Si à 5 heures du soir il soigne « ses » bêtes, cultive « ses » champs, c'est que sur cette vic nouvelle, la folie n'a pas prise, et le travail représente encore pour ce malade un moyen de défense de la personnalité.

Certains même croient, en travaillant, obéir à une nécessité de leur délire, tel ce vieux dément précoce, qui en toute saison balaie les rues d'Ainay et les bords du canal du Berry : « C'est le règlement, dit-il, sans préciser davantage, pour qu'il n'arrive pas d'accident ». Du travail, ces sujets n'attendent pas une rémunération, *ils ne lui en demandent pas*. La séparation entre travail et loisirs s'estompe. Si le travail implique un sentiment d'obligation et la conquête d'un salaire, ces gens ne travaillent pas à proprement parler. Le loisir serait « le temps où l'homme cesse d'être un spécialiste pour développer d'autres activités de lui-même ». Ici, *les deux modalités se fondent dans le besoin naturel de dépenser l'activité physique et intellectuelle* : seuls les idiots et les déments les plus profonds, non colonisables, échappent à cette tendance fondamentale.

Nos malades réalisent *une société extramonétaire*, dans laquelle l'argent ne joue plus qu'un rôle accessoire. Le but de la société normale est la satisfaction des besoins de ses participants. Pouvons-nous avoir une autre ambition pour la société de nos malades ? Toutes leurs modestes activités trouvent leur petit emploi, à chacune répond le mode de récompense adéquate, qui répond à des besoins réduits.

#### PÉNÉTRATION DES TRAVAILLEURS DANS LA VIE LOCALE

Le gros privilège des travailleurs, c'est de parvenir, grâce aux services qu'ils rendent, à pénétrer vraiment dans la vie locale.

Nous avons mentionné la place que s'étaient faite dans la vie d'Ainay, professeurs et instituteurs. D'autres malades apportent leur concours aux fêtes locales, au montage des cinémas, des baraques foraines, des « parquets » de danse. Un ancien alcoo-



lique tenait son rôle dans l'organisation des défilés costumés du Mardi-Gras à Lurey-Lévy. A côté d'eux, certains sujets participent activement à la vie religieuse du pays : les sonneurs de cloches des églises, le chantré de Valigny sont des pensionnaires que le curé rétribue à raison de 5 francs par mois, avec des suppléments de 3 à 5 francs par cérémonie importante, mariage ou enterrement. Beaucoup de malades, incapables de travail, « font nombre » aux diverses réunions, surtout aux enterrements. Un imbécile, passionné pour ce genre de cérémonies, se trouvait placé chez l'ensevelisseuse d'Ainay ; l'association de ce petit nécrophile au profil de l'aucon, semblable à celui des sacrificateurs des bas-reliefs précolombiens et de la pleureuse locale, exagérait sa disposition innée, à laquelle il fallut mettre un terme. Dans une note plus gaie, plusieurs pensionnaires sont adhérents aux sociétés de football, de musique, de gymnastique, auxquelles il apportent leurs cotisations et qu'ils suivent dans leurs déplacements.

Pour ces derniers, la réadaptation atteint son maximum, et l'on oublie tout à fait, en les voyant, qu'ils souffrent d'infirmités les contraignant à des conditions de vie spéciales.

(à suivre).

---

# LE ROLE DE L'ÉPIPHYSE DANS CERTAINES PSYCHOSES

*Etude anatomo-clinique d'un cas de psychose maniaque  
avec macropenis et masturbation*

PAR

MARES GEORGE CAHANA et TATIANA CAHANA

Dans un travail antérieur, en recherchant le rôle des hormones hypophysaires dans les diverses psychoses nous avons pu mettre en évidence, surtout dans les psychoses affectives, une élimination exagérée par l'urine de la thyroestimuline et de l'hormone mélanophorique. Nos observations ont confirmé les anciennes constatations de C.-I. Parhon qu'au cours de ces psychoses on constate une hyperfonction thyroïdienne.

Xavier et P. Abély ont affirmé que dans le déclenchement de la psychose maniaque on doit accorder un rôle important aux gonadostimulines A et B et à la thyroestimuline.

Récemment, M. Stora qui a consacré sa thèse à l'étude de la folliculine sanguine dans les différentes formes de maladies mentales, a trouvé de l'hyperfolliculinémie dans l'excitation maniaque. Sous la dénomination de psychoses hyperfolliculiniques, Baruk, Labonnelie et Mlle Leuret attirent l'attention sur quelques symptômes mentaux qui se caractérisent par l'érotisme avec plus ou moins d'excitation sexuelle. Cet érotisme est souvent de très courte durée et fait place parfois à une excitation générale.

En général, le comportement des maniaques avec leur euphorie, l'aspect somatique (éclat des yeux, etc.), l'exagération de l'instinct sexuel, l'état psycho-émotif, le comportement plus ou

moins érotique, fait supposer qu'au moins dans certains cas il doit intervenir un excès d'hormones génitales.

Toutefois, on doit faire certaines réserves ayant vu qu'on peut observer des états érotiques après la ménopause ou même chez des sujets séniles. Ainsi, nous avons eu l'occasion d'observer un état érotique chez une femme de 60 ans qui se masturbait maintes fois par jour. Une autre malade de 64 ans à cause d'un état semblable a introduit dans son vagin une petite tasse qui fut découverte à l'occasion d'un toucher vaginal.

Enfin, nous avons observé qu'une double ovariectomie a pu produire ou aggraver un état érotique préexistant.

Le fait qu'après la ménopause ou la castration, il se produit une réaction hypophysaire et que dans l'organisme on trouve une augmentation d'hormone gonadotrope, pourrait être une des causes qui déclenche les états érotiques que nous avons cités plus haut.

En faisant des réserves, au moins dans certains cas, peuvent exister des états érotiques déterminés primitivement par une hypersécrétion d'hormone génitale ou qui peuvent être secondaires à un excès d'hormone gonadotrope.

A ce sujet, il faut mentionner les états hypersexuels qui peuvent être consécutifs à une hypofonction épiphysaire. Berger, Engel, Calvet, Parhon, etc., ont démontré l'existence d'un antagonisme épiphysogénital. Il faut mentionner surtout les premières expériences d'épiphyséctomie chez les oiseaux, pratiquées par Foa (1921). Le résultat fut un développement plus précoce des organes génitaux et des caractères sexuels secondaires.

Izana, par ses recherches, et de nombreux documents anatomo-cliniques, apportés plus tard par de multiples auteurs, ont pu confirmer ce point de vue. Nous-mêmes, chez deux paires de coqs et une paire de dindons nous avons obtenu un résultat semblable après cautérisation de l'épiphyse.

Ces données expliquent les principales indications de l'extrait épiphysaire dans les troubles hypersexuels. Hoffstätter a utilisé ce traitement chez 151 femmes présentant de l'hyperexcitation sexuelle avec de bons résultats dans 99 cas, résultats douteux dans 22, et insuccès dans 31. Berger a obtenu également de bons résultats. C.-J. Parhon, après 30 injections d'un extrait épiphysaire chez une jeune fille qui présentait une masturbation effrénée, a observé une atténuation de cette tendance. Pilez, dans un cas de schizophrénie, Becker une fois sur trois cas ont obtenu des résultats favorables dans des états semblables. Bauer, Trenowsky et Cerupi, Pahron, Mileu et Tomorug ont influencé

ainsi favorablement l'hyperexcitation sexuelle. En traitant deux cas de manie avec érotisme, un cas de schizophrénie avec masturbation nous les avons beaucoup influencés avec la même thérapeutique. Un cas de délire érotique ne fut pas influencé par le traitement épiphysaire. L'injection de l'extrait dans le testicule a amélioré un cas avec excitation maniaque et masturbation chez un débile mental. A la lumière de ces faits nous avons cru intéressant de publier notre cas.

Il s'agit du malade Bâl. N., âgé de 24 ans, avec le diagnostic de manie.

*Antécédents héréditaires et personnels.* — Les parents sont en vie. Il a cinq frères bien portants. Dans sa famille, on n'a pas constaté de maladies mentales.

Les troubles mentaux ont commencé il y a deux années et il a présenté trois accès de manie.

*Etat présent.* — On doit noter la constitution athlétique avec un coefficient hyperhypophysaire. Taille : 174 cm. Poids : 59 kg. La tête arrondie, les cheveux rares et de couleur brune. La circonférence, 59 cm. ; le diamètre antéro-postérieur, 18 cm. ; transverse, 15 cm. ; l'indice cranien, 83,33, type sous-brachicéphale. Le front haut, aux bosses frontales et arcades sourcilières légèrement proéminentes. Les caractères sexuels secondaires, les poils du visage bien développés. Les sourcils bien fournis, imbriqués sur la ligne médiane. Les yeux exophtalmiques, le réflexe photomoteur et d'accommodation présent. Le nez long, la bouche large, plusieurs dents en mauvais état, la voûte palatine ogivale. Le menton rond, léger rétrognathisme.

Le massif facial est saillant, surtout parce que le tissu graisseux est réduit. Les oreilles sont un peu grandes, rapprochées du crâne. Le cou est long de 9 cm., de 36 cm. de circonférence. Le corps thyroïde est palpable.

Thorax à musculature moyennement développée. Sternum long de 23 cm., large de 6 cm. Circonférence au niveau de la IV<sup>e</sup> côte : 89 ; à la base : 82. Au même niveau, le diamètre transverse : 20 cm. Diamètre antéro-postérieur : 25 cm. Poils sous-axillaires présents ; sur le thorax, système pileux réduit. Capacité thoracique : 11.500 cc.

Abdomen rétracté, graisse réduite. Longueur xypho-épigastrique : 7 cm. Diamètre hypocondriaque antéro-postérieur : 25 cm. ; transverse : 24 cm. Longueur pubo-épigastrique : 15 cm. Diamètre bi-iliaque : 27 cm.

Capacité abdominale supérieure .....	4.200 cc.
--------------------------------------	-----------

Capacité abdominale inférieure .....	10.125 cc.
--------------------------------------	------------

Capacité abdominale totale .....	14.325 cc.
----------------------------------	------------

Les membres supérieurs et inférieurs sont longs, assez bien musclés, cyanose aux extrémités. Longueur du membre supérieur : 63 cm. ; du bras : 37 cm. ; de l'avant-bras : 30 cm. Circonférence du bras : 25 cm. Circonférence de l'avant-bras dans le tiers supérieur : 25 cm. ; dans le tiers inférieur : 18 cm. Longueur de la main : 8 cm. Circonférence de la main : 23 cm. Longueur du médius : 11 cm. On n'observe pas de troubles trophiques des ongles. La longueur du membre inférieur est de 97 cm.

La cuisse est longue de 54 cm. ; circonférence au tiers moyen : 46 cm. ; jambe longue de 44 cm. ; circonférence au tiers supérieur : 29 cm. ; au tiers inférieur : 22 cm. ; longueur du pied : 26 cm. ; circonférence : 27 cm.

Les organes génitaux sont très développés, le pénis en repos a 12 cm. de longueur, les testicules sont volumineux, les poils pubiens abondants.

L'examen des réflexes muqueux, cutanés, tendineux et ostéotendineux n'a rien révélé d'important. La sensibilité générale et sensorielle est conservée.

*Examen des appareils.* — Au poumon et au cœur on ne trouve pas de troubles. La diurèse dépassait parfois 1.200 ; pas d'albumine, de sucre ni d'autres éléments pathologiques. Les examens des humeurs pour la syphilis sont négatifs. Dans le sang on trouve : hémoglobine : 88 % ; globules rouges : 4.840.000 ; globules blancs : 11.200. Tableau sanguin : polynucléaires neutrophiles segmentés : 65 % ; non-segmentés : 8 % ; mononucléaires grands et moyens : 17 % ; lymphocytes : 10 %. Glycémie à jeûn : 81 mgr. % ; en injectant 1 cc. d'adrénaline : après 1/2 heure, 110 mgr. % ; après une heure, 104 mgr. %. Cholestérolémie : 1 gr. 42 % ; calcémie : 0 gr. 089 % ; kaliémie : 0 gr. 159 %.

La radiographie du crâne a révélé une selle turcique normale.

Au point de vue psychique, on doit noter de l'excitation psychomotrice, de la logorrhée et de l'euphorie. L'état érotique est très prononcé. Tout le temps préoccupé de la vie sexuelle, il avoue qu'il se masturbe plusieurs fois par jour. Il explique cet état par le besoin qu'il a de satisfaire ses désirs sexuels, et accuse les médecins qui le tiennent enfermé en l'empêchant d'avoir des relations sexuelles normales.

Pour influencer l'état érotique, nous avons injecté dans le testicule du malade deux ampoules d'extrait épiphysaire. Aucune réaction locale. Après une semaine, le malade devient plus calme, il ne se masturbe que rarement. Après deux semaines, on observe un état de dépression pendant lequel il fait une tentative de suicide. Le malade est sauvé, mais il fait une broncho-pneumonie et meurt 4 jours après.

Après 24 heures, nous avons trouvé à l'autopsie :

Le poumon gauche présente des adhérences, poids 450 gr. ; le poumon droit 735 gr. ; à la section, on observe des lésions de broncho-pneumonie.

Cœur au ventricule contracté, le pannicule adipeux assez abondant, rien d'important aux orifices.

Le poids du cerveau est de 1.380 gr. ; quelques plaques laiteuses au niveau des lobules paracentraux ; les méninges dans la même région peu transparentes.

L'hypophyse, relativement petite, ne présente rien de particulier à l'examen macroscopique. Les méninges semblent épaissies, à la base du cerveau, surtout au niveau de l'épiphyse, qu'on ne peut pas mettre en évidence aisément pour ce motif. L'épiphyse est peu développée en la comparant avec celle d'autres sujets.

Le corps thyroïde (50 gr.) est légèrement hypertrophié. Le poids des autres glandes endocrines est le suivant : pancréas 95 gr., surrénale gauche 20 gr., droite 12 gr. ; le testicule gauche 30 gr., droit 40 gr.

Le foie pèse 1.440 gr. ; à la section, on observe une congestion légère. Rein droit, 140 gr. ; rein gauche, 170 gr. ; la rate 200 gr. Rien à retenir à l'examen macroscopique.

À l'examen histologique, les testicules présentent un tissu interstitiel assez abondant. Les tubes séminifères sont, la plupart, de grande dimension ; on observe toutes les rangées cellulaires pour une fonction active ; toutefois on est impressionné par le nombre réduit de spermatozoïdes, qu'on trouve dans le lumen. On n'observe aucune différence entre le testicule injecté avec de l'extrait épiphysaire et l'autre sans injection. On doit rappeler que notre patient se masturbait excessivement, ce qui pourrait expliquer le fait.

La pituitaire colorée avec l'hématéine-éosine et Man-Dobell se présente avec un tissu riche en éosinophiles et basophiles. Les éosinophiles surtout abondent, sous forme d'acini ou de nids de 3 à 6 cellules, parfois formant un vrai syncytium ; rarement on observe des cellules isolées. La vascularisation est assez abondante. Dans la partie nerveuse, notamment à la portion qui correspond à la région intermédiaire, on observe un nombre réduit de cellules cyanophiles ; ici la vascularisation est assez active. Les noyaux des cellules qu'on suppose émigrés de l'antéhypophyse sont faiblement colorés et leur nombre est réduit. En général, l'aspect général de l'hypophyse correspond à la constitution somatique de notre sujet dont la note hyperhypophysaire fut assez nette. L'épiphyse, bien que d'une grandeur réduite, présente des nids cellulaires assez abondants, la vascularisation est plutôt réduite, on doit noter l'abondance de formations rondes qui ressemblent à des dépôts calcaires. Ceux-ci prédominent au bord du tissu glandulaire vers le tissu nerveux. Dans ce dernier on trouve un nombre réduit de noyaux faiblement colorés. Il est très difficile d'interpréter l'état fonctionnel de l'épiphyse ; toutefois, en tenant compte de la grandeur de celle-ci et des dépôts calcaires, nous sommes enclins à supposer que la fonction de celle-ci fut diminuée.

Le corps thyroïde, augmenté de volume, nous donne une image de légère hyperfonction.

Les surrénales avec la corticale et la médullaire bien développées ne présentent rien d'important ; toutefois on doit noter que dans la zone glomérulaire il y a tendance à la formation de nids cellulaires et de très petits adénomes.

Dans les autres viscères et le cerveau, on trouve une congestion plus ou moins prononcée.

*En résumé*, il s'agit d'un jeune malade de 24 ans avec psychose maniaque. L'état maniaque était caractéristique, un érotisme accentué associé à une tendance très marquée à la masturbation. Au point de vue somatique on doit retenir la constitution athlétique avec un coefficient net hyper-hypophysaire et le macropénis. A l'autopsie nous avons trouvé une glande pituitaire où prédominent les cellules éosinophiles, une thyroïde en hyperfonction, des gonades actives toutefois avec un nombre de spermatozoïdes réduit. Dans les autres glandes endocrines et viscères, rien d'important, en outre de la pinéale dont la fonction peut être interprétée comme diminuée.

Ce cas nous a suggéré l'idée qu'il peut exister des cas de psychose maniaque dans lesquels la fonction de la glande pinéale est diminuée. Il est bien entendu, qu'il peut s'agir de cas où l'on doit rechercher l'explication de celle-ci dans les processus inflammatoires de l'épithalamus ou dans les processus destructifs (tumeur, calcification, etc.). Or, il peut exister des troubles fonctionnels plus ou moins durables.



Dans un travail antérieur, nous nous sommes déjà préoccupés du rôle des hormones sexuelles dans les états schizophréniques. Parhon et Urechia, Parhon et Mme Ballif, etc., par des examens cliniques et histologiques ont pu montrer qu'il existe une insuffisance de la fonction génitale (diasthématique ou ovarienne) dans la démence précoce. Des constatations semblables basées sur l'examen anatomo-clinique (aménorrhée, hypoplasie utérine, etc.) furent déjà notées par Frankl, Geller, Pötzl et Wagner. En examinant nous-mêmes à ce point de vue 100 déments précoces, nous avons trouvé des troubles nets de la fonction génitale chez 30 malades.

Grâce aux dosages des hormones sexuelles dans l'urine, Giorgi et Fels, Oesterreicher ont trouvé cette hormone diminuée dans

l'urine des hébéphréniques. Dans les cas récents de schizophrénie catatonique et paranoïde, Giorgi et Fels n'ont pu mettre en évidence une diminution de la folliculinurie. Oesterreicher qui ne trouve dans des cas semblables aucune modification, a pu noter une légère augmentation chez les catatoniques.

Nous-mêmes, sur un nombre de 15 cas avec troubles ovariens, nous avons constaté l'absence ou la diminution de la folliculinurie dans 10 cas, dans 5 cas l'élimination oscillait entre les limites normales.

En général, on ne peut pas contester l'existence de ces troubles mais on doit se demander si ceux-ci sont primitifs ou secondaires.

Oesterreicher chez les déments précoces et schizophréniques n'a pu trouver une augmentation ou une diminution de l'hormone gonadotrope dans l'urine. Dans 10 cas nous avons trouvé : l'élimination diminuée dans trois cas, dans les limites normales dans quatre cas et en excès dans deux cas.

Parhon et Milieu ont trouvé une diminution de l'élimination de l'hormone gonadotrope par l'urine chez les déments précoces.

D'après les recherches de X. et P. Abély, Passek et Couléon (1932), Gamper (1935), l'injection de liquide céphalo-rachidien des déments précoces a produit une action gonadotrope.

Nous-mêmes (1938), en injectant le liquide céphalo-rachidien sous-occipital d'une schizophrénique chez des rats, nous avons obtenu une action gonadotrope positive.

Récemment (1939), Claude, Simonnet et R. Stora, en recherchant l'action du liquide céphalo-rachidien de 16 déments précoces dont la maladie durait au moins depuis deux ans, n'ont pas constaté d'accélération du développement du tractus génital correspondant à la présence d'un principe gonadotrope. Par contre, dans 9 cas sur 16 ils ont observé un ralentissement de développement du tractus génital du souriceau qui pourrait être attribué à la présence d'un principe freinateur neutralisant l'action de l'hormone gonadotrope.

Ces recherches, ainsi que les fréquentes constatations des cas de schizophrénie où il existait une insuffisance génitale nette, nous ont suggéré l'idée d'une hyperfonction épiphysaire et donc que ce principe freinateur ne serait autre que l'hormone épiphysaire.

Nous avons repris les recherches en prenant comme animal d'expérience le canard. Nous avons choisi cette espèce en tenant compte des recherches de C.-I. Parhon. Le testicule du canard,



très petit pendant la fin de l'automne et le commencement de l'hiver, augmente d'une façon progressive vers la fin de cette saison pour atteindre le maximum de développement pendant le printemps. Si réellement il existe un principe freinateur sexuel dans le liquide céphalo-rachidien semblable à l'hormone épiphysaire, l'injection de celui-ci devrait inhiber le développement des testicules.

Nos expériences portent sur cinq paires de canards, dont quatre ont reçu des injections de liquide céphalo-rachidien de déments précoces et deux canards ont reçu le liquide des malades présentant des accès de manie.

Le poids des canards a oscillé entre 1.400 gr. et 1.870 gr. Les oiseaux injectés et témoins furent d'un poids rapproché. Le liquide céphalo-rachidien fut prélevé par voie sous-occipitale de 12 malades (8 hommes et 4 femmes) déments précoces, et de deux malades (un homme et une femme) avec manie, pour contrôle, en outre, nous avons eu quatre canards témoins qui n'ont reçu aucune injection.

Nous avons injecté chaque jour 10 cc. par voie sous-cutanée, le nombre des injections a varié entre 10 et 32, les canards injectés avec le liquide céphalo-rachidien des malades avec psychose maniaque n'ont reçu que 10 injections.

Le poids absolu des testicules des oiseaux injectés a oscillé entre 33 gr. 7 et 66 gr. 7 avec une moyenne de 38 gr. 75, pendant que pour les témoins entre 30 gr. 2 et 39 gr. 7 avec une moyenne de 36 gr. 60 ; chez les canards qui ont reçu le liquide céphalo-rachidien des malades avec affections maniaques, nous avons trouvé des testicules variant entre 44 gr. 7 et 60 gr. 7, avec une moyenne de 52 gr. 7.

En rapportant le poids des testicules d'oiseau à 100 gr., nous avons trouvé la plus grande moyenne chez les canards injectés avec le liquide céphalo-rachidien des psychoses maniaques 2,9 %, puis des canards injectés avec le liquide céphalo-rachidien des déments précoces 2 gr. 46 %, pour des témoins qui n'ont reçu aucune injection 2,23 %.

Nous sommes enclins à penser que chez la majorité des déments précoces il existe dans le liquide céphalo-rachidien un principe qui favorise le développement des testicules. Ce principe fut trouvé plus actif dans le liquide céphalo-rachidien des malades avec manie, car les testicules des canards furent trouvés plus grands.

Il faut remarquer que dans un cas le testicule du canard

injecté avec le liquide céphalo-rachidien d'un dément précoce était de 33 gr. 7, poids absolu, et 1 gr. 60, poids relatif vis-à-vis de 34 gr. 7, poids absolu et 1 gr. 9, poids relatif chez le témoin. Ces données nous font réfléchir que l'existence d'un principe freinateur du tractus génital est probable chez certains déments précoces ou au point de vue clinique on peut observer des troubles dans le fonctionnement de l'appareil génital.

Ayant en vue que l'insuffisance des glandes génitales chez les schizophréniques est assez fréquente, ce problème mérite de fixer notre attention parce que le rôle de ces endocrines sur l'état psychique ne doit pas être sous-estimé. Toutefois l'absence de lésions inflammatoires des gonades, l'état infantile de cet appareil, surtout chez la femme (ovaire, utérus infantile, etc.) nous suggèrent que ces troubles sont parfois secondaires à un trouble de la glande pituitaire ou de l'épiphyse. On peut incriminer une insuffisance de l'hormone gonadotrope ou une hyperfonction de l'épiphyse.

Il est très probable que les deux possibilités peuvent intervenir et qu'il existe des déments précoces dont l'insuffisance génitale est due à un excès d'hormone épiphysaire. Enfin, il faut rappeler, dans le même ordre d'idées, que l'opothérapie épiphysaire fut utilisée dans les troubles oligophréniques. Léopold Lévi l'a essayée avec un certain succès comme stimulant du développement psychique chez les enfants arriérés.

Pour Marburg, ce traitement serait indiqué dans l'épilepsie, laquelle serait pour lui en rapport avec une turgescence du cerveau. Le même traitement fut essayé également dans la schizophrénie (cité par C.-J. Parhon). Dans deux cas de schizophrénie, l'extrait épiphysaire n'a pas influencé l'état psychique bien qu'il ait guéri un des malades de l'habitude de se masturber.

*En résumé*, à l'occasion de l'étude anatomo-clinique d'un cas de psychose maniaque avec macropénis et masturbation, nous sommes arrivés à la conclusion qu'il existe des cas de psychose maniaque où l'on doit penser à une diminution de la fonction épiphysaire. L'examen clinique et l'étude biologique du liquide céphalo-rachidien des déments précoces nous ont suggéré de considérer que l'insuffisance génitale de certains de ces malades pourrait être attribuée à un excès d'hormone pinéale. Ayant en vue que dans cette affection on a constaté des lésions histologiques de nature inflammatoire ou involutives dans l'écorce et le diencéphale on ne doit pas perdre de vue également les noyaux

de l'épithalamus ou plutôt de toutes les formations nerveuses et endocrines nommées par Roussy et Mosinger « complexe épithalamo-épiphyse ».

## BIBLIOGRAPHIE

1. CAHANA (M. G. et T.). — Recherches sur les hormones hypophysaires dans certaines psychoses. *Ann. Méd.-Psych.*, n° 3, mars 1938.
  2. CAHANA (Mares, G.). — Recherches sur l'influence du liquide céphalo-rachidien des éléments précoces sur le testicule du canard. *Bull. et Mém. de la Soc. Roum. d'Endocrinologie*, n° 7, septembre 1939.
  3. CLAUDE, SIMONNET et STORA (R.). — *C.R. Soc. Biol.*, 1939.
  4. PARHON (C. J.). — L'épiphyse au point de vue endocrinologique. *Bull. et Mém. de la Soc. Roum. d'Endocrinologie*, sept.-oct. 1938.
-

# SOCIÉTÉS

---

## Société de Neurologie de Paris

---

Séance du 7 novembre 1940

---

Présidence : M. TOURNAY, président

---

### Etude anatomo-clinique d'un cas d'atrophie cérébelleuse, par MM. GARCIN, I. BERTRAND et M<sup>me</sup> GODET-GUILLAIN

Les auteurs rapportent l'observation d'un malade de 71 ans ayant présenté pendant plusieurs années des troubles de l'équilibre, puis une grande incoordination cérébelleuse des quatre membres.

A l'autopsie, on constate la conservation du volume du cervelet ; une atrophie lamellaire du cervelet, prédominant sur le vermis, particulièrement sur la couche des grains ; atrophie presque complète des cellules de Purkinje avec disparition des fibres grimpantes ; atteinte manifeste des olives et lésions intenses des noyaux dentelés. Ces lésions n'existent pas dans les cas d'atrophie cérébelleuse de P. Marie, Foix et Alajouanine, cliniquement différents du cas rapporté.

Les auteurs, pensant que la classification des atrophies cérébelleuses n'est pas encore faite, considèrent leur cas comme anatomiquement intermédiaire entre les types de P. Marie et Keenard.

#### *Discussion*

M. André-THOMAS pense qu'il s'agit d'une forme de passage entre des atrophies très systématisées ; l'atrophie lamellaire s'observe en dehors des atrophies cérébelleuses dans certaines affections telles que l'héréditaire-ataxie, la maladie de Friedreich.

M. LHERMITTE, remarquant la résistance à la sénilité des lames cérébelleuses et que toutes les atrophies cérébelleuses ne sont pas propres à la sénilité, soulève l'hypothèse que l'aleool pourrait jouer un rôle d'appoint.

### Etude anatomo-clinique d'une encéphalo-myélite aiguë,

par MM. G. GUILLAIN, I. BERTRAND et M<sup>me</sup> GODET-GUILLAIN

Les auteurs rapportent l'observation d'une femme de 26 ans, chez qui est apparu, après quelques jours de malaise, une infection aiguë du système nerveux central avec : paraplégie complète (abolition des réflexes tendineux et périostiques, Babinski, troubles sensitifs, incontinence sphinctérienne, escarre fessière), diplopie, troubles mentaux accentués, liquide céphalo-rachidien normal, réaction de la syphilis négative. Evolution vers la mort en trois mois.

L'examen anatomique montra : une myélose funiculaire portant sur les voies pyramidales et spino-cérébelleuses ; des lésions très accentuées du cervelet avec destruction des péduncules cérébelleux moyens par un foyer dégénératif massif, dégénération myélinique de l'arborescence cérébelleuse, lésions intenses des noyaux dentelés ; des lésions du centre ovale avec thromboses vasculaires ; des lésions de l'écorce cérébrale avec véritables déserts cellulaires.

Les auteurs ayant discuté la place nosographique de cette affection et montré ses différences avec les lésions de la syphilis, de la sclérose en plaques aiguë et de l'encéphalite aiguë nécrotique, incriminent un virus non encore identifié.

### Discussion

M. LHERMITTE pense que les lésions médullaires rappellent celles de la neuromyéélite aiguë.

### Un cas de syndrome syringomyélique lombo-sacré, par M. ALAJOUANINE

M. Alajouanine rapporte l'observation d'un homme de 31 ans présentant depuis deux ans, d'une part, un mal perforant plantaire avec aspect inflammatoire du gros orteil droit et sécheresse de la peau de la jambe, troubles vaso-moteurs et hyperthermie ; d'autre part, des crises diarrhéiques brusques. La motilité et la force musculaire sont normales ; l'abdomen droit un peu diminué ; on note une dissociation syringomyélique des membres inférieurs ; la radiographie révèle un spina bifida avec grosse déchirure de S.L. sans arrêt net du lipiodol.

Un frère et une sœur du malade présentent un syndrome analogue, un frère et une sœur sont bien portants.

En l'absence d'autopsie connue de syringomyélie lombo-sacrée, l'auteur discute le rôle du spina bifida et considère qu'il s'agit d'un syndrome syringomyélique, sans affirmer la syringomyélie.

### Discussion

M. LHERMITTE a observé des crises diarrhéiques dans la sclérose en plaques et pense que la radiothérapie n'est efficace que dans les véritables syringomyélies.

M. DECOURT estime que les cas de ce genre ne sont pas rares et parfois associés à d'autres malformations que le spina bifida.

M. ALAJOUANINE croit également à la fréquence de ces cas, mais que leur caractère familial est exceptionnel.

**Etude anatomique d'un cas de myoclonies vélo-pharyngo-laryngées,**  
par MM. FAURE-BEAULIEU et R. GARCIN

Les auteurs rapportent les résultats de l'autopsie d'un malade présenté en 1937, dont l'intérêt résidait dans l'homolatéralité des myoclonies par rapport à la lésion bulbo-protubérantielle gauche, ce qui avait fait supposer l'atteinte des fibres olivo-dentelées (olive droite, noyau dentelé gauche). Il y a bien un ramollissement protubérantiel gauche, mais de plus une atteinte du noyau dentelé gauche que l'absence de syndrome cérébelleux n'avait pas permis de soupçonner, cette lésion s'accompagnant de sclérose olivaire droite.

Le siège gauche des myoclonies confirme une fois de plus la règle que celles-ci siègent du côté de la lésion du noyau dentelé et du côté opposé à la lésion olivaire. Il n'y a pas d'observation permettant de penser qu'un syndrome myoclonique puisse être produit par l'atteinte des fibres olivo-dentelées en dehors de leurs points de départ et d'arrivée. Le fait que la lésion affleure dans la protubérance le faisceau central de la calotte gauche expliquerait l'apparition tardive des myoclonies vélo-palatines droites.

S. FOLLIN.

---

*Séance du 5 décembre 1940*

---

Présidence : M. TOURNAY, président

---

**Réactions ventriculaires précoces et semi-tardives dans les traumatismes cranio-cérébraux,** par MM. R. GARCIN et J. GUILLAUME

Les auteurs ont noté la fréquence d'une dilatation ventriculaire symétrique 3 à 15 jours après le traumatisme chez des traumatisés sortis du coma, dont l'amélioration très lente ou l'éclosion de torpeur, de signes de localisation, laissait subsister un doute sur l'existence d'un hématome. Ils utilisent l'encéphalographie gazeuse par voie lombaire. Dans les cas où il n'y a pas de blocage, comme le prouve la réussite de l'encéphalographie, la distension ventriculaire paraît liée à l'hyper-sécrétion liquidienne ou à l'insuffisance des voies de résorption. Ces constatations dans les syndromes post-traumatiques en dehors du coma ou d'un état commotionnel grave objectivement une partie des désordres qui conditionnent l'évolution parfois fatale. L'amélioration manifeste de la céphalée après encéphalographie est également intéressante.

**Coma profond et hémiplegie droite par œdème cérébro-méningé aigu opéré cinq heures après le traumatisme. Réversibilité rapide des désordres anatomiques et fonctionnels par simple ouverture des espaces sous-arachnoïdiens, à travers un trou de trépan élargi du côté gauche, par MM. R. GARCIN et J. GUILLAUME.**

Les auteurs décidèrent l'intervention sur-le-champ étant donné le syndrome de localisation : la dure-mère fait hernie par le trou de trépan élargi à la pince. Elle était non battante et de coloration normale ; après incision de l'arachnoïde tendue, le liquide s'échappe sous tension ; presque aussitôt le cerveau, tendu, d'aspect succulent, aux circonvolutions élargies, se remit à battre. Dès la fin de l'intervention, le malade se mit à geindre, à ébaucher des réponses ; le lendemain, il parlait.

De cette réversibilité des désordres anatomiques et fonctionnels au cours d'un état très grave, après une intervention minime agissant par déplétion du liquide sous tension, les auteurs pensent pouvoir tirer quelques conclusions sur la physiopathologie des états commotionnels : en favorisant la sécrétion de retour, la déplétion amenderait l'hypertension du liquide et libérerait le système artériel ; la circulation cérébrale rétablie, le malade sort du coma.

#### *Discussion*

M. BAUDOUIN demande quel aurait été l'effet d'une ponction lombaire, et rappelle qu'il n'y a pas toujours de neuro-chirurgiens susceptibles d'intervenir.

M. GUILLAUME pense que la ponction lombaire peut être efficace lorsque les voies sont libres, sinon elle risque d'aggraver un engagement ; en fait, il est à peu près impossible de savoir d'avance si les voies sont libres ou non.

#### **Nécessité des moyens de contrôle dans les traumatismes crâniens récents ; les trous de trépan explorateurs, par M. R. THUREL**

M. R. Thurel souligne l'incertitude de la clinique quant à la nature et au siège des lésions traumatiques immédiates : s'agit-il d'une simple commotion cérébrale, ou bien celle-ci s'est-elle compliquée d'hémorragie et d'œdème du cerveau, ou s'accompagne-t-elle d'un hématome extra-dural ? Les signes de localisation ont toujours la même valeur, mais la fréquence de la multiplicité et de la bilatéralité des lésions leur ôte tout intérêt : ce ne sont pas toujours les lésions qui donnent des signes de localisation qui sont celles sur lesquelles il importe le plus d'intervenir. Le premier temps de l'intervention est un trou de trépan explorateur dans chaque région pariétale, ce qui ne laisse échapper ni un hématome extra-dural, ni une hydropisie sous-durale, ni un œdème cérébral.

Grâce à cette méthode, l'auteur a découvert une hydropisie sous-durale gauche chez un malade qui présentait des crises brava-jacksoniennes et une hémiparésie gauche symptomatiques d'hémorragies corticales droites.

#### **Nécessité des moyens de contrôle dans les traumatismes crâniens anciens : la pneumo-encéphalographie, par M. R. THUREL**

M. R. Thurel s'élève contre deux erreurs souvent commises à propos des

manifestations tardives des traumatismes crâniens : d'une part, contestation de la réalité des troubles dont se plaignent les malades sous prétexte d'une symptomatologie subjective ; d'autre part, attribution des manifestations post-traumatiques tardives à des lésions cicatricielles, alors qu'il peut fort bien s'agir de lésions évolutives (hématome sous-dural, abcès du cerveau) qui relèvent de la neuro-chirurgie. L'emploi systématique de la pneumo-encéphalographie permet d'éviter ces deux erreurs : les lésions évolutives occupent de la place et ne vont pas sans écraser et refouler les ventricules cérébraux ; les lésions post-commotionnelles déterminent, elles, une atrophie cérébrale par rétraction cicatricielle qui a pour contre-partie une dilatation et une attraction du ventricule latéral.

#### Discussion

M. GUILLAUME rappelle que cette méthode est due à MM. Th. de Martel et Cl. Vincent ; le premier trou permet de vérifier l'état de tension de la dure-mère et du cortex, éventuellement à évacuer les hématomas ; le deuxième trou est fait, si l'on n'a rien trouvé ou si l'état ne s'améliore pas, dans les heures suivantes ; au cas où celui-ci ne donne pas de résultat, il faut pratiquer la ventriculographie. Quant aux dilatations ventriculaires bilatérales tardives, rien ne prouve qu'il ne s'agisse d'une atrophie et non de la persistance des lésions précoces.

M. PETIT-DUTAILLIS estime que les deux trous de trépan et la ponction ventriculaire suffisent pour poser les indications opératoires ; la ventriculographie serait inutile dans les traumatismes récents.

M. GARCIN admet le rôle de l'atrophie dans les dilatations unilatérales avec déplacement, la met en doute dans les dilatations bilatérales symétriques. La ventriculographie est préférable à la ponction ventriculaire pour ceux qui n'ont pas une grande expérience de celle-ci. Bien qu'elle n'empêche pas les décès par atrophie cérébrale, la ventriculographie donne l'assurance qu'il n'y a pas d'obstacle méconnu.

M. THUREL pense que le deuxième trou de trépan doit être systématique même si le premier a montré une lésion importante ; à ce moment, la ventriculographie n'est pas particulièrement utile.

#### Trois cas de névralgies sciatiques par hernie discale postérieure.

Discussion de la nature de la sciatique dite essentielle, par MM. de SÈZE et PETIT-DUTAILLIS.

Les auteurs portent cliniquement et radiologiquement le diagnostic de hernie postérieure du disque intervertébral comprimant les racines du nerf sciatique chez trois sujets atteints de névralgie lombo-sciatique rebelle. Dans les trois cas, le diagnostic fut vérifié opératoirement et le fragment du disque réséqué.

Les auteurs admettent la probabilité d'une parenté de nature entre les sciatiques par hernie discale et les sciatiques communes essentielles. Bien des sciatiques, banales d'apparence, et guérissant médicalement, seraient dues à une compression discrète ou à une irritation des racines supérieures du nerf par une lésion bénigne du disque intervertébral d'origine le plus souvent traumatique, micro-traumatique ou statique.



**Un syndrome parkinsonien peut-il reconnaître la maladie de Heine-Medin comme étiologie ?** par M. P. MOLLARET.

Chez un malade présenté il y a dix-huit mois par M. Alajouanine, et qui était atteint du syndrome parkinsonien après un épisode aigu pouvant être rattaché à la poliomyélite, M. P. Mollaret a pratiqué l'épreuve de neutralisation du virus. Ses résultats sont peu en faveur de l'hypothèse invoquée ; d'ailleurs, les quelques observations antérieurement publiées sont peu démonstratives ou assez différentes, puisqu'il ne s'agissait que d'états transitoires.

*Discussion*

M. ALAJOUANINE ne méconnaît pas l'intérêt de l'épreuve de neutralisation et signale qu'il a observé un deuxième cas de syndrome parkinsonien consécutif à la poliomyélite.

**Maladie familiale du type de l'hérédo-ataxie,** par MM. PITON et TIFFENEAU.

Les auteurs présentent une malade de 48 ans, souffrant depuis huit années de troubles de la marche et de la parole, depuis trois ans d'une baisse de l'acuité visuelle ; marche très incertaine, troubles cérébelleux nets, parole lente et scandée, force musculaire et sensibilité normales ; réflexes tendineux vifs, cutanés-plantaires en flexion ; de plus, il existe une atrophie optique bilatérale et des troubles vestibulaires d'origine centrale.

Un frère, âgé de 39 ans, présente, plus accusé, un syndrome analogue ; les troubles de la parole remontent à la première enfance, ceux de la marche et de la vue à cinq ans.

**Hémiplégie avec aphasie par intoxication oxy-carbonée ;**  
**étude ventriculographique,** par MM. J. LEREBOUTIER et PUECH.

Les auteurs rapportent l'observation d'un homme de 31 ans qui, huit jours après être sorti du coma dû à l'intoxication par les gaz d'un gazogène, présenta une hémiplégie droite avec aphasie. La ventriculographie a montré un ventricule droit normal alors que le gauche était très dilaté, aspect habituel des ramollissements cérébraux. Les auteurs tendent à rattacher les troubles nerveux à l'intoxication oxy-carbonée. Ils soulignent l'importance de l'intervalle libre, assez fréquent en pareil cas, et qui leur semble pouvoir être expliqué par la constitution relativement lente des lésions.

S. FOLLIN.

**Société de Médecine Mentale de Belgique  
et Société Belge de Neurologie**

---

*Séance commune du 21 décembre 1940*

---

**Présidence : M. L. van BOGAERT, président**

---

**Herpes zoster et névralgie phrénique, par M. J. DAGNELIE.**

L'auteur relate un cas de phrénalgie survenue au cours d'un zona de la région correspondant aux segments D<sub>4</sub> et D<sub>5</sub> chez un homme de 40 ans. Il rappelle ses recherches antérieures sur l'anatomie et la physiologie de ce nerf, notamment dans ses rapports avec le ganglion stellaire, et discute la symptomatologie de ce syndrome sensitif complexe en fonction des données anatomiques et expérimentales.

**Contribution à l'étude des connexions thalamo-corticales des régions basses de l'écorce cérébrale, par M<sup>lle</sup> M. CALLEWAERT et M. A. GEREBTZOFF.**

Les auteurs montrent, par des expériences effectuées chez le lapin, que l'aire post-centrale 1 + 3 reçoit la projection de deux noyaux thalamiques : les fibres du noyau ventral externe vont aux parties dorsales et moyennes de cette aire ; celles du noyau ventral postéro-interne, à ses parties ventrales ; dans l'aire infra-pariétale 50 aboutissent les fibres venant de la portion postéro-externe du groupe thalamique ventral ; l'aire insulaire agrulaire 16 reçoit la projection du tiers interne du noyau arqué ; l'aire insulaire granulaire 13, celle des deux tiers externes du noyau arqué.

**Recherches oscillographiques et anatomiques sur les centres cortical et thalamique du goût, par M. A. GEREBTZOFF.**

Présentation de planches anatomiques et d'électro-encéphalogrammes démontrant que le centre cortical du goût est constitué par l'aire insulaire granulaire 13, le foyer gustatif thalamique, par le noyau arqué.

**Les connections thalamo-striées. Le noyau parafasciculaire et le centre médian, par M. A. GEREBTZOFF.**

Les fibres thalamo-striées vont au noyau caudé et au putamen et naissent de trois noyaux thalamiques. Un contingent est issu du noyau ventral

interne. Ce noyau est relié d'autre part à l'écorce frontale agrulaire, qui envoie elle-même des fibres au corps strié. Il s'établit ainsi une double connexion efférente entre le cortex prémoteur et le striatum : connexion directe et connexion par l'intermédiaire du thalamus.

Un contingent moins considérable naît probablement du noyau antéro-interne, établissant une connexion efférente indirecte entre l'écorce linguale antérieure et le striatum.

Le troisième contingent est issu du noyau parafasciculaire. Ce noyau, et le centre médiaux qui en dérive, seraient les centres de la mimique et de l'automatisme de la parole.

#### **Contribution à l'étude des formes dissociées du syndrome Sturge-Webber-Crabbe, par M<sup>me</sup> LOUIS-BAR.**

Dans l'angiomatose encéphalo-trigémينية, les nævi cutanés débordent parfois le domaine du trijumeau ; le côté de la lésion encéphalique correspond le plus souvent au côté des lésions cutanées ; il y a hémiplégie contra-latérale et la calcification des sinus permet un diagnostic radiologique.

L'auteur relate une forme dissociée de ce syndrome. Il s'agit d'une femme de 46 ans, atteinte d'obésité, d'altérations cutanées angiomateuses et d'épilepsie. Il existe en outre de l'albuminurie, un glaucome discret de l'œil droit et des hétérochromies iriennes. Les calcifications cérébrales sont absentes ainsi que les troubles neurologiques.

#### **Fibro-lipome de la moelle, par M. VAN LAER.**

Les lipomes intra-duraux sont rares ; il n'en existe que 23 cas connus dans la littérature. L'auteur relate l'observation anatomo-clinique d'un cas de fibro-lipome médullaire à évolution rapide chez une femme de 24 ans. Bien que la moelle paraisse envahie, il s'agit de tumeurs extra-médullaires dont la pathogénie est encore discutée.

#### **Deux cas de syndrome de Landry, par M. VERSPREUW.**

Relation de deux cas atypiques de ce syndrome, dont l'un débute à la suite d'un traumatisme. Description des lésions et discussion de leur pathogénie.

#### **Démence précoce chez l'enfant, par MM. G. VERMEYLEN et J. HEERNU.**

Présentation d'une fillette de 12 ans, hérédo-syphilitique et retardée scolaire, qui fit récemment une bouffée délirante caractérisée par des idées de persécution, de l'autisme, des rires inadéquats, de l'agitation intermittente avec impulsions, négativisme, refus d'alimentation. Les auteurs discutent le diagnostic et admettent que, malgré les tares constitutionnelles, le tableau clinique est celui de la démence précoce juvénile.

J. LÉVY.

*Seance commune du 25 janvier 1941*

---

**Présidence : M. A. LEROY, président**

---

**Les résultats pratiques de l'étude anatomique complète de 135 gliomes  
confrontés avec les expériences neuro-chirurgicales,  
par M. H.-J. S. HERER.**

L'auteur montre les difficultés qu'on éprouve à établir une classification rationnelle des tumeurs. On devrait pouvoir tenir compte de l'ensemble de leurs caractères et ne pas se baser uniquement sur certains d'entre eux, tels que leurs particularités histologiques ou de localisation. Il existe fréquemment dans une même tumeur des aspects histologiques très divers, ce qui enlève toute valeur, au point de vue du diagnostic, à la biopsie pratiquée au cours de l'opération. D'autre part, les avis les plus contradictoires ont été émis en ce qui concerne les indications opératoires et les chances de guérison.

L'élément capital, au point de vue chirurgical, est le mode de croissance plus ou moins refoulant ou infiltrant de la tumeur. C'est ce que l'auteur a voulu étudier d'une manière strictement pratique et sans s'inspirer d'aucune idée théorique. Son matériel a été examiné par diverses méthodes sur des coupes très étendues, souvent sériées. Un seul type de gliome est purement refoulant : c'est l'épendymome, mais il est très rare. Tous les autres sont infiltrants. Cependant le degré de cette forme de croissance est très variable.

D'autres facteurs anatomiques doivent être envisagés : ce sont les contours de la tumeur qui peuvent être ramifiés ou circonscrits. L'auteur s'attache à mettre en relief, pour les diverses formes de gliomes, les caractères anatomiques dont la connaissance peut être utile au point de vue chirurgical.

**A propos du traitement de la manie et de la mélancolie,  
par M. A. LEROY**

Relation de trois cas de syndromes maniaques ou mélancoliques qui ont été rapidement améliorés ou modifiés à la suite d'un traitement sulfamidé. L'auteur pense qu'un élément infectieux est souvent en cause et que des essais doivent être poursuivis dans ce sens.

**Polynévrite et maladie de Gee, par M. J. DAGNELIE.**

Relation détaillée du cas d'une femme de 25 ans, souffrant depuis l'enfance de troubles intestinaux chroniques et qui, par suite d'un régime alimentaire défectueux, présentait chaque hiver des troubles carenciels multiples accompagnés d'un syndrome polynévritique sensitivo-moteur avec tétanie fruste, et permettant le diagnostic de sprue non tropicale. Le changement de régime a chaque fois suffi à faire disparaître la plupart des troubles.

**Polyradiculonévrite à évolution lente avec dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien, par M. ANDRÉ.**

L'auteur relate les observations cliniques de deux cas qui ne se placent pas, à son avis, dans le cadre de la maladie de Guillain et Barré. Ils en diffèrent par l'absence de début infectieux, l'évolution progressive et longue (un an et demi dans le premier cas et quatre ans dans le second) avec période d'état, puis amélioration mais guérison incomplète. Il persiste en effet des atrophies musculaires importantes.

**Etude clinique et pathologique de l'agoraphobie, par M. HÉNUSSE.**

L'agoraphobie est la crainte anxieuse des lieux publics. Contrairement aux autres phobies, celle-ci n'a généralement pas pour origine une crainte légitime. Le malade ne craint pas les dangers réels de la rue. Il a peur de devenir malade subitement (malaises, syncopes, diarrhée) mais aussi d'être secouru. L'élément spectaculaire est très important chez ces sujets. Il y a souvent mélange d'agoraphobie et de claustrophobie. Il existe également des cas de topophobies : la crainte de certains quartiers déterminés, dont l'origine peut souvent être retrouvée. La frigidité est très fréquente chez les malades atteints d'agoraphobie.

L'étude pathogénique de l'affection fera l'objet d'une prochaine communication.

J. LEY.

---

## **Groupement Belge d'Etudes Oto-Neuro-Ophtalmologiques et Neuro-Chirurgicales**

---

*Séance du 22 février 1941*

---

**Présidence : M. P. MARTIN, président**

---

**A propos d'un tremblement volontaire des globes oculaires,  
par MM. RADERMECKER et HELSMOORTEL jr.**

Présentation de films et de courbes d'enregistrement graphique relatifs à deux sujets d'une même famille capables de provoquer volontairement un tremblement oculaire. La fréquence de ce tremblement est rapide et du même ordre que celle qu'on observe dans des cas de tremblement névropathique, post-traumatique ou émotionnel. Les tremblements parkinsoniens et ceux des myoclonies sont beaucoup plus lents. Il semble que plus la cause du tremblement se rapproche du cortex, plus sa fréquence augmente.

**Malformations vasculaires cutanées et conjonctivales sous forme de tétang ectasies névroïdes symétriques avec syndrome cérébelleux acquis, en dehors de la maladie de von Hippel-Lindau, par M<sup>me</sup> Louis BAR.**

Chez un enfant dont le développement a été retardé, on a vu apparaître un syndrome cérébelleux, avec attitude de torsion du tronc vers la droite et de la tête vers la gauche. En même temps se sont développées sur le tronc des taches pigmentaires eutanées à disposition arborescente et des tétangiectasies en plaques à distribution métamérique et plus ou moins symétrique. Ces tétangiectasies se retrouvent au niveau de la conjonctive.

L'auteur envisage les cadres nosologiques dans lesquels peut se placer ce syndrome, et discute à ce propos la classification des tumeurs et malformations du système nerveux, d'après des cas analogues relevés dans la littérature.

**Circulation rétinienne dans les traumatismes crâniens ouverts,**  
par M. FRITZ.

L'auteur rappelle ses recherches antérieures sur la circulation rétinienne chez les commotionnés, la labilité des réactions vasculaires qui existe dans ces cas et les transformations qu'il a observées dans la circulation rétinienne après ponction lombaire. Chez les grands blessés du crâne, l'atonie de l'artère centrale est constante ; son calibre est de ce fait fort augmenté et ses contours sont modifiés. L'indice de souplesse du vaisseau est diminué, le pouls dirotte s'observe fréquemment et s'explique par le choc en retour de l'ondée sanguine qui butte sur la résistance capillaire. Lorsque le blessé s'améliore et que les symptômes subjectifs s'amendent, l'aspect des artères se transforme et tend vers la normale.

Certains blessés souffrent au moment de la restauration du tonus et de la pression. Les douleurs s'expliqueraient par le choc de l'ondée sanguine qui a une répercussion plus grande sur une paroi atone et par conséquent sur le tissu environnant.

L'atonie serait due à des phénomènes de congestion locale avec répercussion à tout l'arbre artériel.

**Un cas de syringo-myélo-bulbie, par M. MAGE.**

Présentation d'un jeune sujet dont l'affection évolue depuis 4 ans et a débuté par une gêne dans la nuque suivie de troubles sensitifs dissociés à topographie radiculaire aux membres supérieurs et au tronc, de troubles de la gustation, de troubles vestibulaires et d'un nystagmus rotatoire rythmique.

Le père et le frère du sujet présentent un nystagmus analogue mais isolé.

Le cas se complique d'une atrophie des muscles de l'épaule et du bras du côté gauche, sans aucun trouble chronaxique. Il n'existe pas de troubles trophiques. L'auteur discute le diagnostic et les causes possibles de l'atrophie musculaire.

# ANALYSES

---

## LIVRES, THÈSES, BROCHURES

---

### PSYCHIATRIE

Notes sur les troubles affectifs des pseudo-bulbaires, par Théophile ALAJOUANINE et Hubert MIGNOT (in *Mélanges*, volume offert à M. Pierre JANET, membre de l'Institut, Professeur honoraire au Collège de France, par sa famille, ses amis et ses disciples, page 1. Editions d'Artrey, Paris 1939.

Les troubles affectifs observés au cours des états pseudo-bulbaires, expression des désintégrations lacunaires encéphaliques, précèdent souvent l'apparition des autres symptômes : spastieité des membres inférieurs, troubles de la parole et de la déglutition. L'irascibilité soudaine, rapide, et pour des motifs futiles, puérils, est parfois pendant assez longtemps un des aspects majeurs de la perturbation affective. Plus tardivement, le rire et le pleurer spasmodiques rendent plus évident encore le caractère inadéquat de ces manifestations. Elles témoignent d'un début d'involution affective que caractérisent l'égoïsme, la primauté du souvenir sur le fait actuel, l'inaptitude à forger de nouvelles aptitudes, une réceptivité particulière aux émotions élémentaires, faciles, puériles ou archaïques.

Contrairement à l'opinion classique exprimée ainsi par Dupré, « les sujets rient sans gaieté, pleurent sans tristesse », MM. Th. Alajouanine et H. Mignot estiment qu'il s'agit d'états affectifs vécus pleinement, avec intensité, et de façon inépuisable. Mais, très transitoires, ces émotions sont généralement sans conséquences et parfois qualifiées d'absurdes par le sujet lui-même. L'expression est inadéquate au sentiment éprouvé, exagérée, intempestive. L'analogie est frappante entre le phénomène psychologique et le phénomène moteur. Il y a une syncinésie psycho-motrice grossière; peu nuancée dans son intensité, peu variée dans sa qualité.

Si la pathogénie de ces troubles de l'affectivité reste obscure, il faut souligner cependant qu'ils ne s'observent qu'en cas de lésions vasculaires disséminées et *bilatérales*. Leur caractère paroxystique fait penser à un véritable phénomène de « libération », selon la conception jacksonienne, et,

dans certains cas aussi, à de véritables phénomènes de « décharge » qui rappellent, par leur soudaineté et leur incoercibilité, ceux de l'épilepsie bravais-jacksonienne,

René CHARPENTIER.

**Les réactions mentales morbides dans les psychoses chroniques**, par Adrien BOREL (in *Mélanges*, volume offert à M. Pierre JANET, membre de l'Institut, Professeur honoraire au Collège de France, par sa famille, ses amis et ses disciples, page 11. Editions d'Arthey, Paris 1939).

Il faut étudier, à divers stades, et plus particulièrement lors des premières périodes de l'affection, le comportement du malade et ses réponses aux incitations du monde extérieur. C'est le centre même de l'état mental qui importe surtout, centre essentiellement constitué par un état très particulier de l'affectivité, évidemment très inadéquat, partant très anormal, et, jusqu'à un certain point, spécifique de l'affection. A partir des troubles initiaux, souvent considérés à tort comme insignifiants, il faut suivre, par étapes (coupées d'arrêts et de reprises, de résistances, de luttes et de fléchissements, de compromis), les enrichissements successifs de la maladie, voir s'amalgamer au nœud affectif initial les nouvelles formations morbides, voir apparaître aussi des symptômes de dissociation, d'affaiblissement intellectuel qui peuvent en obscurcir la netteté.

Ainsi s'éclaire toute la symptomatologie psychologique. Comportement, mimique, langage et délire prennent un sens et perdent une part de leur mystère, puisque ce ne sont que des réactions. Réaction de défense au début, la maladie se présente ensuite comme une réaction passive d'acceptation, ou même comme un effort d'adaptation aux conditions anormales imposées au sujet. Ces réactions d'adaptation, M. Adrien Borel tend à les considérer comme un remède proposé par le sujet lui-même, dont la souffrance est ainsi calmée, ou même comme une guérison, du point de vue du malade, qui, las de lutter, s'est laissé réduire et a perdu le contact vital avec la réalité.

René CHARPENTIER.

**Les deux hypocondries**, par Henri CODET (in *Mélanges*, volume offert à M. Pierre JANET, membre de l'Institut, Professeur honoraire au Collège de France, par sa famille, ses amis et ses disciples, page 43. Editions d'Arthey, Paris 1939).

Dans ce travail, notre regretté collègue Henri Codet oppose aux formes « psychosiques », véritables délires hypocondriaques, les formes « névrosiques » d'hypocondrie qui, tout en atteignant durement le malade dans son affectivité et même dans son activité pratique, restent compatibles avec la vie en société. Parmi ces dernières, il distingue les hypocondriaques « vrais » des malades « à présentation hypocondriaque ostentatoire » dont il cite des exemples. Ces derniers, avec le plus souvent une véritable vantardise de l'hypersensibilité aux médicaments, exposent des symptômes qui ne paraissent être qu'un plaidoyer déguisé, en majeure partie inconscient, en faveur d'une revendication affective obstinée et masquée. Si, dans bien des cas, il y a là une utilisation très lucide de l'argument maladie, utilisation dont on obtient même parfois l'avou, le point de départ, déclare



M. Henri Codet, en est involontaire et inconscient, véritablement sincère. Aussi l'auteur fait-il rentrer ces sujets dans le vaste cadre des réactions fonctionnelles du type hystérique, tout à fait différent du type hypochondriaque classique, quant à la nature des troubles, à leur évolution et à leur traitement.

René CHARPENTIER.

**Prophétisme et suggestion**, par Georges DUMAS, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine (in *Mélanges*, volume offert à M. Pierre JANET, membre de l'Institut, Professeur honoraire au Collège de France, par sa famille, ses amis et ses disciples, page 75. Editions d'Artrey, Paris 1939).

Du livre très rare (1) dans lequel furent recueillis les récits et « dépositions » des inspirés des Cévennes réfugiés en Angleterre, le Professeur Georges Dumas rapporte des exemples de prophétisme épidémique, en rapport avec la révocation de l'Edit de Nantes et les persécutions qui suivirent, faits observés de 1700 à 1702. Nombreux sont, en effet, les accidents étranges, individuels ou collectifs, qui sont sortis de la suggestion ou de l'auto-suggestion et qui ont pu passer aux yeux des foules comme surnaturels. Dans ses « Lettres sur le Vivarais », Mgr Fléchier, évêque de Nîmes, en a signalé les causes multiples parmi lesquelles jeûnes et fatigues s'associaient à l'exaltation du milieu, à la suggestion, aux exhortations, et parfois aussi à des tendances vaniteuses.

A côté de la forme didactique de la suggestion, M. Georges Dumas signale une forme impérative, brève, de résultat parfois immédiat, et la pratique courante, très efficace, consistant à souffler dans la bouche des catéchumènes (pour leur communiquer le souffle, c'est-à-dire l'Esprit). L'état d'émotivité des sujets et, peu à peu, la constitution d'une mentalité collective morbide furent parmi les causes les plus puissantes de l'épidémie.

De la description donnée par Brueys, de Montpellier, M. Georges Dumas note dans ces crises de prophétisme une phase représentative, plus ou moins mêlée à la phase convulsive précédant la phase prophétique, toutes trois étant d'origine suggestive ou auto-suggestive. Plusieurs prophètes ont affirmé leur inconscience des paroles qu'ils prononçaient et l'amnésie consécutive. Sans mettre en cause leur bonne foi, ajoute M. Georges Dumas, on peut invoquer encore des auto-suggestions inspirées par le désir où ils étaient tous d'accuser le caractère étranger et divin de l'Esprit qui se servait de leurs organes pour parler.

La suggestion et l'auto-suggestion qui ne créent pas le surnaturel sont capables de le rajeunir et de le vivifier. Le prophétisme par suggestion n'est d'ailleurs pas tout le prophétisme. Cette intéressante étude n'est qu'un des chapitres d'un ouvrage en préparation sur « le Surnaturel dans les affections mentales ».

René CHARPENTIER.

(1) *Théâtre sacré des Cévennes ou Récits des diverses merveilles nouvellement opérées dans cette partie du Languedoc* (Londres, 1707). Réimpression faite sous le même titre précédé des mots *Les Prophètes protestants*. Ces deux éditions sont très rares, surtout celle de 1707.

**La psychopathologie de Pierre Janet et la conception dynamique de la psychiatrie**, par Henri Ey (in *Mélanges*, volume offert à M. Pierre JANET, membre de l'Institut, Professeur honoraire au Collège de France, par sa famille, ses amis et ses disciples, page 87. Editions d'Artrey, Paris 1939).

Il y a trois grandes conceptions dynamiques véritables, celle de Jackson, celle de Pierre Janet et celle de Freud, écrit M. Henri Ey, qui insiste sur l'identité foncière de la conception dynamique de Jackson et de celle animant la psychopathologie de M. Pierre Janet. Et c'est à juste titre qu'il fait remarquer en passant qu'un grand nombre de psychiatres adoptent le mot de « psychasthénie » sans sous-entendre la conception dynamique qu'il implique, à juste titre aussi qu'il insiste sur l'intérêt historique de l'œuvre considérable du Professeur Pierre Janet dont la théorie des divers degrés de la tension psychologique permet de passer de la nosographie de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle au mouvement psychiatrique actuel.

Si le premier des grands principes jacksoniens est que la maladie dissout des fonctions hiérarchisées et qu'il y a lieu, par conséquent, d'étudier des « niveaux de dissolution » typiques, l'ensemble de la psychopathologie de M. Pierre Janet tend à considérer les maladies mentales comme des manifestations régressives, inférieures, d'une pensée qui, en s'affaiblissant, s'écarte du réel et produit, avant de s'éteindre, toute la gamme des états d'aliénation mentale. Il y a donc ici concordance.

Il existe, dans la théorie jacksonienne, deux modes de dissolution : les dissolutions isolées et les dissolutions uniformes de la vie de relation ; les premières correspondant aux troubles qu'étudie la neurologie, les secondes constituant les états qu'étudie la psychiatrie. M. Pierre Janet a bien mis en évidence que la séparation des psychoses et des névroses est « absolument fautive au point de vue clinique ». Cependant M. Henri Ey estime pouvoir assimiler la destruction admise par M. Pierre Janet entre « troubles organiques » et « troubles fonctionnels » à la distinction jacksonienne entre les dissolutions isolées de type neurologique et les dissolutions uniformes de type psychiatrique. Il reste pourtant que, pour M. Pierre Janet, ce sont des troubles somatiques généraux, congénitaux ou acquis, et non pas « nerveux » qui réalisent les syndromes psychopathiques. L'accord entre les deux conceptions résiderait en ceci que, dans les deux cas, ces deux troubles de la vie de relation sont déterminés par des « troubles organiques ». M. Pierre Janet l'a dit, en termes excellents : « Il n'y a pas de maladie sans lésion, ce n'est pas logique de le soupçonner et ce n'est pas exact. »

Toute étude des troubles des fonctions hiérarchisées doit être conduite en partie double puisque certains de ces troubles sont les conséquences d'un déficit (troubles négatifs) et que les autres manifestent la part subsistante des fonctions neuro-psychiques (troubles positifs). Tel est le troisième principe jacksonien énoncé par M. Henri Ey, pour qui M. Pierre Janet paraît s'être plus spécialement intéressé aux troubles de déficit qu'à la part psychique subsistante et qui exprime le regret que, contrairement à Freud, M. Pierre Janet n'ait pas admis l'importance de l'instinct dans l'évolution même et la dissolution des fonctions psychiques.

Freud, en complet accord sur le premier de ces trois principes (notion d'une hiérarchie et d'un développement de fonctions), présente avec les deux autres cette différence capitale d'admettre la psychogénèse des troubles psychiques, sans dissolution par conséquent par des facteurs organiques, sans troubles négatifs.

Si M. Pierre Janet, dont le dynamisme est ici bien mis en valeur, se sépare de Jackson en ne donnant pas autant d'importance que lui « à l'élaboration par les instances sous-jacentes instinctives et subconscientes des troubles positifs », il se sépare de Freud de même que Jackson en n'admettant pas une psychogénèse pure des états psychopathiques, mais aussi en « n'intégrant pas dans sa psychopathologie l'efficacité de la vie instinctive.

La belle étude critique, concise et claire, de M. Henri Ey, que cette brève et insuffisante analyse a seulement pour but de signaler aux lecteurs des *Annales*, suscitera sans aucun doute bien des réflexions. Par le rapprochement et la comparaison de ces trois grandes conceptions dynamiques, elle tend à faire mieux saisir la profonde signification biologique de la doctrine si féconde du Professeur Pierre Janet.

René CHARPENTIER.

## MÉDECINE LÉGALE

**Psychologie et Criminologie**, par Paul SCHIFF (In *Mélanges*, volume offert à M. Pierre JANET, membre de l'Institut, Professeur honoraire au Collège de France, par sa famille, ses amis et ses disciples, page 231. Editions d'Artrey, Paris 1939).

Il n'y a crime, écrit l'auteur, que s'il y a action, et M. Pierre Janet, l'un des premiers, a su, dans la psychologie, mettre à son rang véritable l'énergétique des actions chez l'homme, des « conduites » humaines. Il n'y a crime que s'il y a lésion d'un homme par un autre, et M. Pierre Janet a renouvelé, en reprenant les faits psychologiques à leur base, les relations de l'individu et de son semblable, de l'*ego* et de cet *alter* particulier, à la fois parallèle et opposé, qu'est le *socius*.

Il existe un désaccord regrettable entre la science criminelle et la science du criminel qui n'a jusqu'ici occupé nulle part une place en rapport avec son importance ou plutôt avec l'importance qu'elle devrait avoir. Un crime est avant tout chose individuelle. Au point de vue étiologique, les discussions entre la conception sociologique et la conception individualiste dureront longtemps puisque tant d'auteurs s'obstinent à séparer arbitrairement l'homme de son milieu. Mais, au point de vue pathogénique, auquel on peut immédiatement se placer, il s'agit de comprendre pourquoi, dans des conditions sociales données, tel individu a agi comme il l'a fait.

La psychologie criminelle a ses règles et ses difficultés générales. Le problème du mensonge est une des conditions de son étude : c'est pour elle à la fois un obstacle et un but. L'analyse psychologique de Pierre Janet, la psychanalyse de Freud, la psychologie individuelle d'Adler (fille de la doctrine freudienne parvenue après un détour à beaucoup des conclusions de M. Pierre Janet) sont d'un grand secours pour la compréhension du criminel. C'est en suivant les directives psychologiques de M. Pierre Janet que seront obtenus les renseignements les plus précieux.

Avec la collaboration des sciences biologiques, une psychologie criminelle s'édifiera et donnera ses bases à la clinique criminelle qui, par ses indications, pourra seule assurer une prévention efficace du crime ainsi qu'une catégorisation pénitentiaire rationnelle et efficace. Il n'est guère possible, conclut M. Paul Schiff, d'imaginer une criminologie future qui ne soit pas avant tout psychologique.

René CHARPENTIER.

## JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Les symptômes cérébraux et psychopathologiques dans les intoxications professionnelles par des substances anorganiques, par H. STECK. Rapport présenté à la réunion de la Société suisse de Neurologie et de la Société suisse de Psychiatrie, à Lugano, le 3 juin 1939. (*Archives suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, vol. XLV, fascicule 1, 1940).

Cet important rapport du Professeur H. Steck traite surtout des intoxications par les métaux, plus particulièrement par le mercure et par le plomb, relatant en terminant les troubles, d'ailleurs assez peu fréquents, dus au manganèse et au thallium.

Le syndrome de neurasthénie mercurielle (Kulkow) avec grande fatigabilité, faiblesse musculaire marquée, troubles du sommeil, grande irritabilité, intolérance à l'alcool, troubles de la mémoire, surtout de la mémoire de fixation, et parfois stade terminal chronique, incurable, démentiel, s'accompagne fréquemment de symptômes d'ordre neurologique tels que le tremblement mercuriel, à caractère intentionnel et en même temps émotionnel, qui est souvent le prélude de toute une série de mouvements involontaires, incoordonnés (Guillain), de secousses musculaires, tels aussi des névralgies, des paresthésies, des troubles sensoriels, des troubles végétatifs, des troubles sexuels. Comme les dépôts de plomb, les troubles hydrargyriques restent très longtemps dans l'organisme. Les troubles peuvent apparaître lorsque le mercure ne s'élimine plus régulièrement, et parfois longtemps après la cessation du travail cause de l'intoxication, à l'occasion par exemple d'une infection ou d'une intoxication surajoutée. Il faut réserver la notion de syndrome métatoxique durable à certains cas graves, chez des enfants en particulier à cause de la vulnérabilité de leur cerveau.

Plus connu est le syndrome de neurasthénie saturnine (faiblesse de la mémoire, vertiges caractéristiques, grande fatigabilité psychique, humeur dépressive, baisse de l'attention, céphalées, labilité de l'humeur, sensibilité, insomnie, tendances à l'anxiété), récemment étudié par Rawkin, qui le distingue des formes confusionnelles de l'encéphalopathie saturnine, si bien décrite par Tanquerel des Planches. Des troubles neurologiques, surtout névritiques, sont fréquemment associés aux états neurasthéniques, tandis que la neurasthénie saturnine est caractéristique des intoxications lentes chroniques, les formes délirantes, hallucinatoires, confusionnelles se rencontrent dans les intoxications plus aiguës. Les formes cérébrales graves paraissent plus fréquentes dans le saturnisme que dans l'hydrargyrisme, bien que leur fréquence tende également à diminuer. Selon les lésions, on peut observer : dans les formes aiguës, une encéphalo-méningite provoquant des états délirants ; dans les formes chroniques, des altérations vasculaires menant à l'artério-sclérose cérébrale, avec ou sans épilepsie, et à la démence saturnine.

L'intoxication professionnelle par le *manganèse* réalise au maximum le syndrome neurologique ébauché dans l'intoxication mercurielle, avec syndrome extra-pyramidal, akinéto-hypertonique, irréversible, précédé et accompagné d'un état neurasthénique. L'intoxication, plus rare, par le *thallium*, employé comme épilatoire, donne, avec des polynévrites graves suivies d'alopecie, des syndromes psychopathiques analogues aux précédents. Le syndrome le plus important et le plus fréquent des intoxications professionnelles chroniques est le syndrome de « neurasthénie organique », de nature toxique, suivi parfois tardivement de symptômes extra-pyramidaux (surtout dans les intoxications par le mercure et par le manganèse), soulignant la vulnérabilité spéciale des ganglions de la base.

La symptomatologie des intoxications reste dans le cadre des réactions dites du type organique exogène. Comme Zangger, le Professeur H. Steck constate que les médecins non avertis méconnaissent souvent l'origine toxique d'une affection nerveuse, lorsque celle-ci présente des ressemblances avec des troubles purement fonctionnels.

René CHARPENTIER.

**Réflexions sur un cas de méningiome frontal, par Henri SCHAEFFER** (*La Presse médicale*, 17 septembre 1940).

Cas montrant bien que si la clinique seule ne saurait permettre de préciser le siège de certaines tumeurs, la ventriculographie seule peut y suffire.

Chez une femme de 40 ans, début par troubles du caractère et du comportement allant en s'accroissant, céphalées frontales gauches, aphasie transitoire, asthénie, bradypsychie, dysmnésie, indifférence affective, dysarthrie légère, petits troubles de la déglutition, paralysie faciale droite d'origine centrale, syndrome pyramidal bilatéral plus marqué à gauche, troubles de la sensibilité et du tonus musculaire, troubles très importants de la statique, crises de narcolepsie. La ventriculographie ne laissa aucun doute sur l'existence d'une tumeur de la région frontale gauche, que l'opération montra être un méningiome volumineux (130 grammes), situé à la face externe de l'hémisphère gauche, au niveau du tiers inférieur de la zone rolandique et comprimant à la fois les lobes frontal, pariétal et temporal. La malade succomba le lendemain de l'opération.

Les troubles mentaux sont loin d'être rares en dehors de tout syndrome d'hypertension intracrânienne quand les méningiomes compriment le lobe frontal. M. Henri Schaeffer en rapporte un autre cas chez une femme de 31 ans. présentant un méningiome pesant 110 grammes, comprenant le lobe frontal droit, et dont les premiers symptômes furent un état de dépression psychique avec anxiété, troubles du caractère, bradypsychie, indifférence, puérilisme, et augmentation de poids de 10 kilogr. en six mois. Cette deuxième malade guérit complètement après intervention opératoire : les troubles mentaux disparurent complètement et la malade perdit les 10 kilogr. dont son poids avait augmenté en six mois.

René CHARPENTIER.

**Les psychoses préséniles, par Gonzalo Bosch et E. Eduardo KRAFF.** *Revista neurologica de Buenos Aires*. T. 3, n° 6, p. 389-404, mai-Juin 1939.

Une classification judicieuse des psychoses préséniles n'est certes pas encore possible, mais les études des dernières décades ont permis de sépa-

rer les psychopathies d'involution des syndromes liés à la sénilité précoce. Parmi les premiers, les auteurs reconnaissent trois formes de dépression présénile : à évolution figée, à évolution démentielle et écnestopathique.

Les états délirants sont plus confus. On a décrit une paranoïa involutive, les psychoses paranoïdes de l'âge avancé, la paraphrénie présénile. C'est l'œuvre de demain de nous montrer les rapports de ces manifestations avec les états artério-scléreux tels que les maladies de Pick et d'Alzheimer.

P. CARRETTE.

**Amélioration de l'état mental à la suite d'une tentative de suicide par pendaison**, par LAIGNEL-LAVASTINE, BOUVET et FOLLIN (*Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 23 août 1940).

Observation d'une malade de 49 ans, débile, mélancolique, hallucinée, rapidement secourue lors d'une tentative de suicide par pendaison, à l'aide d'un mouchoir aux barreaux de son lit. Malgré la rapidité de l'intervention, la malade présente pendant 48 heures du coma, avec mouvements de torsion sur l'axe longitudinal et signe de Babinski bilatéral. Ensuite, amélioration remarquable de l'état mental, en dépit d'une amnésie lacunaire rétro-antérograde, qui persiste. La malade put sortir du service où elle était en traitement et la guérison se maintient depuis deux mois.

Cas à rapprocher de ceux publiés par Féré et Bréda, Sérieux et Mignot.

R. C.

**Un cas d'encéphalite psychosique azotémique aiguë**, par LAIGNEL-LAVASTINE, BOUVET et FOLLIN (*Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 13 septembre 1940).

A propos de l'observation d'un cas de délire aigu avec azotémie terminé par la guérison, les auteurs, discutant les termes « délire aigu », « encéphalite », leur préférèrent la dénomination plus générale d'« encéphalopathie aiguë azotémique » et donnent les raisons de ce choix. Si le terme délire aigu néglige la constante sanguine, celui d'encéphalite suppose un processus inflammatoire dont la réalité ne semble pas toujours démontrée.

Ils considèrent l'azotémie observée dans ces cas comme de nature essentiellement extra-rénale, en rapport avec la désintégration tissulaire. Au cours d'une évolution prolongée peuvent d'ailleurs apparaître des troubles secondaires d'insuffisance rénale.

R. C.

**L'attitude des psychonévropathes vis-à-vis des procédés anticonceptionnels** (*The Attitude of the Psychoneurotic toward Scientific Contraceptive Advice*), par Jacob H. FRIEDMAN. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXIX, n° 5, p. 672-681, mai 1939.

Il est curieux de constater que des malades obsédés par la crainte de la conception sont adressés à des cliniques aux objectifs très gravement scientifiques pour y subir une psychothérapie adéquate et y recevoir un préservatif, une pommade ou un pessaire anticonceptionnels. Or il arrive fréquemment que l'obsédé, — homme ou femme redoutant les conséquen-

ces normales du coït, — transforme simplement son thème psychopathique et devienne un hypocondriaque phobique avec sentiment d'impuissance ou un déprimé anxieux convaincu qu'il accentue ses troubles et ébauchant un délire de culpabilité.

P. CARRIETTE.

**Les phénomènes psychiatriques des premiers jours de guerre en Angleterre**, par J. LAFONT. *Le Progrès médical*, n° 50-52, p. 1376-1379, 23 décembre 1939.

Quelques observations sommaires qui attestent la réalité de la guerre des nerfs. Au début des hostilités, on s'attendait à une offensive terrible des aviations et nombreux sont les débiles, les hyperémotifs, les hystériques qui se sont présentés au poste de secours ou ont été conduits à l'hôpital avec des signes de confusion, d'anxiété, du délire.

P. CARRIETTE.

## PSYCHOLOGIE

**La méthode d'évaluation appliquée aux élèves du cours supérieur du lycée**, par Nicolae PARVU (*Revista de Psihologie teoretica si aplicata*, Sibiu, octobre-décembre 1940).

Utilisation en vue d'un but éducatif de l'opinion que les élèves se font les uns des autres, à l'aide d'une feuille d'observation concernant dix traits psychiques essentiels de la personnalité humaine. Cinq élèves évaluateurs sont chargés de les noter de 1 à 5, chaque évaluateur se prononçant indépendamment des autres. La moyenne des notes de ces cinq évaluations est ensuite établie.

Appliquée à 223 élèves, cette méthode d'évaluation a montré sa valeur. Les traits les mieux évalués ont été la vitesse de réaction, l'intelligence et la continuité, c'est-à-dire ceux auxquels l'école et la vie font le plus souvent appel, d'où leur évaluation plus facile.

R. C.

**Attitudes sociales des étudiants**, par Anatole CHIRCEV (*Revista de Psihologie teoretica si aplicata*, Sibiu, octobre-décembre 1940).

Le but de cette étude est de connaître la variation des attitudes sociales par rapport aux facteurs du milieu et aux facteurs natifs. Pour cela, l'auteur a appliqué les tests d'attitudes sociales de Margineanu, M. Draser et A. Chircev aux étudiants des diverses Facultés, recherchant l'attitude des étudiants envers l'Eglise, le nationalisme et l'internationalisme, et envers la tradition et le progrès.

En conclusion, la tendance générale de distribution des attitudes sociales est plutôt une tendance de rapprochement et d'homogénéité qu'une tendance de différenciation. L'étude Faculté par Faculté, Confession par Confession, Nationalité par Nationalité, démontre l'influence des facteurs culturels et natifs sur la variation des attitudes sociales.

R. C.

**Généralité et spécificité**, par Nicolae MARGINEANU (*Revista de Psihologie teoretica si aplicata*, Sibiu, octobre-décembre 1940).

De même que les traits psychiques et biologiques ne sont pas le produit de l'hérédité toute seule, ou du milieu tout seul, mais le produit de ces deux facteurs, de même, le vrai problème n'est pas généralité ou spécificité, mais généralité et spécificité. Les faits, ainsi qu'ils apparaissent devant nos instruments de mesure, sont toujours, et en même temps, généralité et spécificité, tout et partie, élément et configuration. Manière de penser assurément plus compliquée et plus difficile, étant donné l'infinité des degrés de combinaison de la généralité et de la spécificité.

Si l'humanité a commencé par penser logiquement, elle a continué à penser de manière mathématique. La distinction des quantités au sein des qualités est une opération beaucoup plus difficile que les opérations logiques d'affirmation ou de négation. La science utilise les opérations logiques et les opérations mathématiques. Ces dernières sont les opérations fondamentales de la science ; elles la caractérisent mieux en définissant de plus près son caractère. La véritable pensée scientifique doit dominer le domaine de la spécificité et de la généralité. Dès que les notions de généralité et de spécificité furent isolées et définies, la mission de la pensée logique fut terminée. Cette opération accomplie, doit apparaître la pensée mathématique en étapes de diversité et conforme aux nuances infinies de la nature.

R. C.

## PSYCHANALYSE

**Contribution à l'étude des idées d'infidélité homosexuelle dans la jalousie**, par Daniel LAGACHE, *Archives internationales de Neurologie*, n° 5, p. 97-108, juillet 1939.

Dans l'étude de M. Lagache, la jalousie homosexuelle est celle où l'objet aimé et le rival sont du même sexe. Ainsi — et ce serait la forme la plus fréquente — la jalouse accuse l'homme d'infidélité au profit d'un ami. Les préoccupations délirantes des malades sont à peu près uniquement orientées vers les zones génitales ou assimilées. Les thèmes intellectuels sont réduits au minimum. La femme traduit sa jalousie par sa tendance agressive, sa rivalité, son envie de castrer ; elle « procède d'une homosexualité » très forte, proche de la conscience. M. Lagache paraît admettre que cette forme est généralisée. Il l'étudie d'ailleurs uniquement avec les concepts et le vocabulaire des psychanalystes.

P. CARRETTE.

## NEUROLOGIE

**L'importance neurologique de l'hyperextensibilité musculaire**, par A. HADJI-DIMO et J. de AJURIAGUERRA (*La Presse médicale*, 25-28 décembre 1940).

Par leur fréquence, les troubles du tonus devraient occuper une place des plus importantes, parmi les signes qui permettent d'orienter le diagnostic



neurologique. M. André-Thomas a insisté sur la dualité d'origine de l'hyperextensibilité et de la passivité. Schématiquement, la passivité est la diminution de la résistance et l'augmentation de l'amplitude d'un segment de membre lorsqu'il est secoué dans une direction donnée. La *passivité* chez l'homme est le résultat de la déficience, aussi bien quantitative que chronométrique du réflexe des antagonistes. L'étendue du jeu articulaire est limitée par le groupe musculaire qui, normalement, déplace le membre dans le sens opposé. L'angle articulaire que forme le segment fléchi ou étendu dans ses positions extrêmes mesure donc l'*extensibilité* de ce groupe musculaire.

Après avoir donné quelques exemples de la méthode qui doit être suivie pour la recherche de la passivité et de l'extensibilité, MM. A. Hadji-Dimo et J. de Ajuriaguerra étudient dans cet article les variations de l'extensibilité chez les sujets normaux, suivant le sexe, l'âge, la gaucherie et, dans des états pathologiques (débilité motrice de Dupré, encéphalopathies infantiles, hémiplegie ou monoplégie, syndrome cérébelleux, syndrome parkinsonien). En pratique, l'hyperextensibilité est un signe de lésion pyramidale, la passivité appartient en propre à la séméiologie cérébelleuse. La passivité peut exister dans les affections pyramidales, mais alors elle est toujours accompagnée d'hyperextensibilité.

Pour ces auteurs, seule la passivité serait la conséquence de la disparition ou de la déficience du réflexe des antagonistes d'André-Thomas, que l'on peut homologuer au réflexe myotatique de Liddel et Sherrington et au réflexe à l'étirement de Foerster ; le système cérébelleux mésencéphalique paraît jouer un rôle prépondérant dans la régulation de ces réflexes. Tandis que l'extensibilité, se confondant, au moins en partie, avec les propriétés élastiques du muscle, serait sous le contrôle immédiat de la grande voie motrice.

René CHARPENTIER.

**L'électrocardiogramme comme moyen d'exploration du système nerveux**  
par D. PAULIAN, M. TUDOR et Gh. Gh. CONSTANTINESCO (Communication à la Section de Biologie appliquée de l'Institut des séances de Roumanie, séance du 15 novembre 1939. *Archives de neurologie de Bucarest*, IV<sup>e</sup> année, n° 1 1940).

Si l'on tient compte du fait que l'électrocardiogramme est le produit de l'onde d'excitation et non de la contraction ventriculaire, la répercussion du système nerveux par l'intermédiaire des nerfs vago-sympathiques sur les centres autonomes du cœur et, par conséquent, sur l'électrocardiogramme apparaît clairement, l'état fonctionnel du cerveau pouvant influencer la courbe électrocardiographique dans une mesure plus ou moins grande. Après avoir rappelé les travaux antérieurs, les auteurs rapportent ici les résultats de leurs expériences sur 30 malades ne présentant rien d'important au point de vue cardiaque et atteints de l'un des syndromes suivants : myopathie, sclérose latérale amyotrophique, épilepsie, parkinsonisme post-encéphalitique, tumeur cérébrale, chorée aiguë, rigidité décérébrée, méningite cérébro-spinale, méningite lymphocytaire.

R. C.

**Les côtes cervicales (syndrome du scalène antérieur ou cervico-brachial,**  
par Jean CALVET (*La Presse médicale*, 25-28 décembre 1940).

Au cadre étroit de l'anomalie costale s'est ajouté, depuis quelques années, un ensemble pathologique sans cesse accru, de manifestations semblables dans leur expression clinique, diverses dans leur étiologie, qui permettent une meilleure compréhension des troubles observés. Ces syndromes cervico-brachiaux, dits encore du scalène antérieur, peuvent guérir par simple scalénotomie. Mais lorsqu'il existe des symptômes d'une véritable « gangrène par artérite » du membre supérieur, il devient nécessaire d'adjoindre aux interventions couramment pratiquées, des actes thérapeutiques dirigés spécialement contre le système sympathique péri-artériel, actes qui, seuls, amèneront une guérison de durée valable.

R. C.

**La méningite à bacilles de Pfeiffer,** par Charles GERNEZ et Claude HURIEZ  
(*La Presse médicale*, 18-21 septembre 1940).

Cette affection, dont Pfeiffer rapporta le premier cas en 1892, est surtout fréquente chez l'enfant. Chez l'adulte, elle reste un diagnostic d'exception. D'où l'intérêt de l'observation de MM. Ch. Gernez et Cl. Huriez, qui concerne un sujet de 37 ans, atteint d'une forme méningée pure d'infection coeco-bacillaire et guéri par l'ingestion et l'injection intrarachidienne de sulfamide (1162 F.).

La méningite coeco-bacillaire n'a guère de spécificité clinique et le diagnostic de méningite à bacilles de Pfeiffer est, avant tout, un diagnostic bactériologique. Jusqu'à l'avènement de la sulfamidothérapie, son pronostic était considéré comme fatal, les guérisons (toujours avec séquelles graves) étant exceptionnelles, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. Jusqu'en 1937, la gravité de la méningite à coeco-bacilles était considérée comme comparable à la gravité de la méningite à pneumocoques. La sulfamidothérapie a transformé le pronostic de cette affection en même temps que le pronostic de toutes les méningites septiques. La mortalité était, il y a trois ans, de 92 à 96 % ; depuis 1937, le pourcentage des guérisons atteindrait 85 %. Deux préparations sulfamidées ont été surtout utilisées : la para-amino-phénylsulfamide (1162 F.) et la sulfamidopyridine (693 M.B.).

René CHARPENTIER.

**A propos d'un cas de méningite cérébro-spinale méningococcique à début clinique et cyto-bactériologique atypique,** par F. RATHERY et R. BOLZINGER (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, 13 septembre 1940).

Malade se présentant avec une éruption morbilliforme, des signes méningés et chez lequel, le premier jour, la ponction lombaire ramène un liquide clair, une légère lymphocytose. La culture du liquide est positive (méningococque A). Hémoculture négative. Le lendemain, accentuation des signes méningés, liquide trouble avec 90 % de polyméleucocytes. Guérison après trois jours de sulfamidothérapie à doses massives et excitation psychomotrice secondaire transitoire.

Le cas de MM. F. Rathery et R. Bolzinger montre qu'au début de la méningite

gite cérébro-spinal le liquide céphalo-rachidien peut être clair, tout en contenant des méningocoques avec une lymphocytose légère.

R. C.

**Un cas de méningite cérébro-spinale à liquide clair et lymphocytose rachidienne**, par HILLEMANT (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 8 novembre 1940).

Observation d'un jeune sujet chez lequel une méningite cérébro-spinale débuta par un érythème polymorphe et dont, pendant toute l'évolution de la maladie, le liquide céphalo-rachidien resta clair, tout en contenant des méningocoques, avec formule lymphocytaire. Guérison par sérothérapie intrarachidienne et intra-musculaire.

R. C.

**L'exploration radiologique des abcès encéphaliques**, par Jean PIQUET (*La Presse médicale*, 17 décembre 1940).

La radiographie des abcès encéphaliques, assez rarement pratiquée, peut apporter des renseignements sur la dimension et la profondeur de l'abcès, l'efficacité du traitement et révéler la présence de diverticules. L'auteur estime cependant qu'il n'y a pas lieu de faire cet examen systématiquement dans tout abcès cérébral. En principe, il le réserve aux abcès qui, malgré l'ouverture chirurgicale, continuent à suppurer de façon abondante. On doit craindre, en effet, dans ces cas, l'existence de diverticules mal drainés, pouvant favoriser l'extension de l'infection vers la profondeur.

L'examen radiologique, après remplissage par une substance radio-opaque (iodipine, lipiodol), n'est pas sans dangers. Pour éviter ces dangers, M. Jean Piquet conseille de ne jamais injecter le lipiodol au moment même de l'évacuation de l'abcès, mais huit à dix jours plus tard. A l'injection de liquide opaque, il préfère le remplissage de la cavité avec des mèches imprégnées de lipiodol.

Si l'opinion, émise par certains auteurs, que les injections de substance opaque favoriseraient la guérison, lui paraît « d'un optimisme excessif », M. Jean Piquet conclut que l'exploration lipiodolée, faite seulement après le huitième jour par tassement de mèches dans la cavité, est inoffensive et permet de préciser des détails anatomiques pouvant aider considérablement au choix du traitement.

René CHARPENTIER.

**Notes sur l'hémiplégie syphilitique**, par J.-A. CHAVANY (*Gazette médicale de France*, t. XLVII, n° 9, p. 243-245, 15 octobre-1<sup>er</sup> décembre 1940).

L'hémiplégie syphilitique n'est pas fréquente. Son diagnostic est souvent posé à tort systématiquement chez les sujets jeunes. M. Chavany passe en revue les symptômes cliniques importants qui permettent le diagnostic étiologique : céphalée prodromique, installation lente et progressive, paralysie à type cortical, signe d'Argyll-Robertson, troubles oculo-moteurs ; le tout sanctionné par les réactions biologiques. Le traitement spécifique intense est à instituer chez les sujets jeunes ; il doit être prudent chez les artérioscléreux.

P. CARRETTE.

**Syndrome de Barré (pyramidal déficitaire) d'origine traumatique** (Síndrome de Barré piramidal deficitario de origen traumático), par Vincente DIMITRI et Felipe M. CIA. *Revista neurologica de Buenos-Aires*. T. 3, n° 6, p. 405-423, mai-juin 1939.

Contribution à l'étude du syndrome pyramidal déficitaire de Barré par la présentation de deux cas nouveaux. Traumatisme crânien dans le premier cas ; chute violente verticale dans le second. Installation d'un syndrome unilatéral très complet, progressif, évoluant après chaque crise comitiale. Hypothèse de lésions frontales consécutives au trauma, ischémie, compression des voies motrices, réaction secondaire sur les noyaux de la base.

P. CARRETTE.

**Eclampsie, hypertension artérielle permanente, azotémie terminale chez un garçon de 12 ans atteint d'une néphrosclérose d'emblée**, par le Professeur Pierre NOBÉCOURT (*La Presse médicale*, 24-27 Juillet 1940).

Accès épileptiques chez un enfant de 12 ans présentant un sommeil agité, des mouvements brusques, des tics, et depuis longtemps des accès nocturnes et diurnes de céphalées, qui entravent le travail scolaire. Il s'agit d'une épilepsie symptomatique, de pronostic grave, en rapport avec un syndrome d'hypertension intracrânienne lié à une hypertension artérielle permanente intriquée à une néphrosclérose d'emblée sans hypotrophie staturale ayant évolué de façon occulte avec azotémie normale. Traitement sans résultat. Mort après accès éclamptiques subintrants et forte hyperazotémie succédant à une courte rémission.

R. C.

**Quels sont les rapports entre l'épilepsie et les convulsions infantiles ?** par P. HARTENBERG (*L'Entente médicale*, n° 2, p. 4-6, janvier 1940).

Seules les convulsions provoquées par des lésions cérébrales pourront devenir des épilepsies. Les crises convulsives d'origine toxique, infectieuse, réflexe ou humorale, la tétanie, disparaissent généralement dans l'enfance.

P. CARRETTE.

**Etude critique de la polynévrite urémique**, par Maurice VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON et H. Pierre KLOTZ (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 6 décembre 1940).

Les auteurs concluent que les polynévrites, dont peuvent être exceptionnellement atteints des malades présentant de l'urémie digestive, sont dus à un déséquilibre alimentaire en vitamine B<sub>1</sub>, occasionné par l'importance des troubles digestifs. Il s'agirait, comme pour les polynévrites alcoolique, gravidique, diabétique, de « névrites dysmétaboliques », groupe se substituant à celui des « névrites autotoxiques ».

R. C.

**Sur les arthropathies mutilantes symétriques des extrémités inférieures et leurs rapports avec la syringomyélie (Contribution à l'étude du mal perforant plantaire familial),** par LUDO VAN BOGAERT (*La Presse médicale*, 17 décembre 1940).

Rappelant les travaux du professeur Guillaïn et de ses élèves sur une affection mutilante des extrémités inférieures, syringomyélie de la région lombo-sacrée, M. Ludo van Bogaert rapporte les observations de trois frères atteints de syringomyélie discrète, se manifestant par des altérations trophiques, le plus souvent légères, consistant en durillons douloureux, évoluant parfois en mal perforant mais sans fistules ni phlegmons, et chez l'un d'entre eux, en outre, sous forme d'ulcérations trophiques typiques au niveau des mains et des doigts. L'un, seulement, de ces malades présente des arthropathies mutilantes symétriques.

Dans certaines familles, le terrain constitutionnel joue un rôle décisif dans la genèse de la syringomyélie. Mais, dans chacune de ces familles, la maladie garde une nuance particulière. Dans la famille dont les observations sont rapportées ici, le syndrome tropho-neurotique, qu'il soit cutané, musculaire ou ostéo-articulaire, est au premier plan. Les autres signes de la syringomyélie restent dans l'ombre. L'affinité trophoneurotique se retrouve même chez certains malades, qui ne présentent que l'« état dysraphique » (F. W. Bremer), comme dans l'un de ces trois cas.

Dans une autre famille, étudiée par M. Ludo van Bogaert en 1934, c'est le syndrome tumoral à évolution rapide qui se trouvait au premier plan avec, dans l'un des cas, présence d'un kyste cérébelleux non angiomateux.

L'analyse sémiologique confirme, comme l'ont bien montré le professeur Guillaïn et ses élèves, que le mal perforant plantaire familial n'est qu'une forme de la syringomyélie lombo-sacrée, dans laquelle le syndrome trophoneurotique se trouve au premier plan des signes classiques de l'affection.

René CHARPENTIER.

## ANATOMIE

**Association anatomo-clinique : Dégénérescence pigmentaire pallido-nigrique (Hallervorden-Spatz) et encéphalite léthargique chronique,** par Ludo van BOGAERT. (*Revue neurologique*, t. LXX 1, n° 5, p. 448-456, 1939-1940).

Les caractéristiques anatomiques du nouveau cas de M. van Bogaert sont : état fibreux du putamen, état pigmentaire pallido-réticulo-nigrique, atrophie et gliose de la substance noire. Cliniquement, il s'agit d'un état de rigidité de type parkinsonien avec des crises de contracture extrêmement violentes. L'atteinte encéphalitique initiale aurait fragilisé une série de formations nerveuses centrales, dont la systématisation lésionnelle méritait d'être étudiée.

P. CARRETTE.

**Les modifications histologiques consécutives aux convulsions dues au cardiazol,** par HERVEY CLECKLEY, LESTER BOWLES et METTLER (*Archiv. of Neurology and Psychiatry*, mai 1940).

Chez tous les animaux examinés les auteurs ont trouvé des lésions cérébrales importantes, le plus souvent en rapport avec le nombre et l'intensité

des crises convulsives obtenues à l'aide du cardiazol, sans qu'il leur soit possible d'établir un rapport direct entre le degré des lésions et la dose totale de cardiazol. Les lésions histologiques seraient sous la dépendance du spasme vasculaire accompagnant la crise.

R. C.

## BIOLOGIE

**Les micro-méthodes de séro-diagnostic de la syphilis**, par R. DEMANCHE (*La Presse médicale*, 21-24 août 1940).

Dans les cas, nullement exceptionnels chez des psychopathes, où une ponction veineuse ne peut être pratiquée, il est précieux de pouvoir exécuter les réactions de la syphilis avec des quantités minimales de sang, quelques gouttes prélevées par une simple piqûre du doigt ou du lobule de l'oreille. Ce sont ces procédés qui sont passés en revue par M. R. Demanche, sous le nom de micro-méthodes de séro-diagnostic.

Malgré des avantages exceptionnels de rapidité, la méthode d'Ide, à l'aide du sang frais complet, est d'une lecture difficile, due à la présence des globules rouges et expose à des erreurs graves lorsque la flocculation est fine et peu abondante.

Les méthodes au sang sec qui n'utilisent que les éléments solubles du sérum ne présentent pas cet inconvénient. Les réactions de flocculation avec antigène de Meinicke sont peut-être un peu moins sensibles que lorsqu'elles sont pratiquées dans le sérum, mais leur sensibilité est équivalente à celle d'une bonne méthode de Bordet-Wassermann. Moins sensible que la flocculation, la fixation du complément apporte le contrôle de sa spécificité, renforce la valeur et augmente la sécurité des procédés au sang desséché.

Si elles sont moins sensibles que les réactions habituelles au sérum, ces réactions au sang desséché ont des avantages certains. Elles permettent la multiplication et la répétition des examens chez tous les sujets (en particulier les nourrissons) et se prêtent à l'expédition par la poste des échantillons de sang desséché, qui est d'une excellente conservation et dans lequel la réaction syphilitique conserve ses propriétés pendant assez longtemps.

René CHARPENTIER.

**Sur la nature de la toxine tétanique**, par M. Henri LENORMANT (*La Presse médicale*, 18-21 décembre 1940).

Pour comprendre la pathogénie de l'intoxication tétanique, et spécialement ce qui se passe au niveau des tissus sensibles à la toxine, il serait capital de connaître la nature même de ce poison. Des travaux portant sur la toxine tétanique, M. Henri Lenormant tire les hypothèses suivantes sur sa constitution et sur son mode d'action.

Il est établi que la toxine tétanique est une substance chimique déterminée. Bien que la nature de cette substance soit encore mal connue, on peut dire qu'il s'agit d'une matière azotée. L'azote de ce produit se comporte en partie comme azote protidique, en partie comme azote protéosique ou même plus dégradé. Reprenant l'idée des anciens auteurs, qui en faisaient une diastase sans attacher à ce mot un sens très précis, la toxine téta-

nique ne serait qu'un ferment particulier et agirait comme tel, c'est-à-dire par transformation chimique, l'altération de la substance attaquée provoquant directement ou non l'apparition des troubles spécifiques.

René CHARPENTIER.

**Nouvelles recherches sur l'alcoolisme expérimental**, par LHERMITTE, J. GARNIER et AJURIAGUERRA (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 5 juillet 1940).

De ces expériences sur l'intoxication alcoolique, et particulièrement absinthique, il résulte que, chez le lapin femelle, on observe dans ces conditions des lésions de cirrhose hépatique analogues à celles de l'hépatite scléreuse alcoolique de l'homme. Les lésions du système nerveux se localisent plutôt sur l'encéphale et sur la moelle épinière que sur les nerfs périphériques.

Il est intéressant de noter que l'intoxication alcoolique, qui lèse directement la glande hépatique, peut, dans certains cas, déterminer également chez les descendants des altérations profondes du foie.

R. C.

**Ivresse et dosage de l'alcool dans le sang**, par SCHWARZ et THÉLNI (*Revue médicale de la Suisse romande*, 25 avril 1940).

Intéressantes recherches, faites à l'Institut de Médecine légale de Zurich, sur le passage dans le sang de l'alcool ingéré au cours de repas plantureux par des sujets qui se sont volontairement prêtés à ces expériences. A des quantités égales d'alcool ingéré ne correspondent pas des résultats identiques, le poids de l'intéressé intervenant ainsi que, d'ailleurs, sa plus ou moins grande accoutumance à l'alcool. En tout cas, un état caractérisé par une teneur égale à 1 pour 1.000 d'alcool dans le sang ne correspond plus à un état normal. De 0 à 0,05 pour 1.000 : pas d'état d'ivresse notable. De 0,5 à 1 pour 1.000 : légers troubles (un certain degré d'excitation), qui augmentent à mesure qu'on se rapproche de 1 pour 1.000. Au-dessus de 1 pour 1.000, il s'agit toujours d'ivresse caractérisée.

Une émotion violente peut, momentanément, dégriser le sujet. Dans les observations relatant 2 pour 1.000 d'alcool dans le sang, ou plus, il s'agit d'ivresses profondes après des excès ininterrompus pendant 10 à 12 heures consécutives.

R. C.

**Le dosage de l'alcool dans le sang**, par M. HUITRIC (*La Presse médicale*, 13-16 novembre 1940).

Les résultats obtenus au Laboratoire de Chimie biologique de l'Hôpital maritime de Brest diffèrent assez nettement des précédents.

De pratique courante dans la marine, ces examens, par la méthode de Nieloux sur le sang total, ont dépassé le chiffre de 1.000 depuis 1936. Sur 698 examens, pratiqués du 1<sup>er</sup> septembre 1939 au 20 juin 1940, 550 ont donné des chiffres supérieurs à 2 p. 1.000 (allant même exceptionnellement jusqu'à 12, 15, 30 et 76 pour 1.000).

De ces examens, M. Huitrie conclut : 1° que l'accoutumance a une importance encore bien plus grande qu'on ne le croit, particulièrement si l'on considère les manifestations extérieures ; 2° que, dans nos pays, chez les buveurs de vin, le chiffre de 2 pour 100 est, non exceptionnel, mais fréquent, sans pour cela correspondre toujours à un état d'ivresse manifeste ; 3° que la concentration d'alcool dans le sang peut, après absorption massive, atteindre instantanément des chiffres extrêmement élevés, tels que 6, 8 et même 15 pour 1.000, sans entraîner la mort. Ces chiffres s'entendent pour le sang total et prélevé aussitôt après l'ingestion.

L'intensité et la forme de l'ivresse varient avec la variété de la boisson alcoolique, certains sujets supportant mieux leur boisson habituelle qu'un breuvage auquel ils ne sont pas accoutumés.

René CHARPENTIER.

**Epilepsie expérimentale**, par Julio ASUAD (*La Presse médicale*, 9-12 octobre 1940).

Ainsi que l'écrivait M. Pagniez, l'épilepsie réflexe ne nous est pas beaucoup plus compréhensible que l'épilepsie dite essentielle et savoir que le trépônème est à l'origine de nombre d'épilepsie n'explique nullement par quel mécanisme il intervient pour créer l'épilepsie. M. Julio Asuad, considérant, non à proprement parler l'épilepsie, mais seulement sa manifestation la plus dramatique, la crise convulsive, rapporte ici les résultats de l'étude expérimentale des convulsions entreprise par lui à la Clinique psychiatrique de la Faculté de Médecine de Paris, tant chez l'animal que chez l'homme soumis à la thérapeutique convulsivante, insistant sur l'intérêt que présente cette étude pour la compréhension de la pathogénie épileptique.

Ces résultats confirment que les schémas très clairs de Jakovlev et de Trelles se rapprochent beaucoup de la réalité clinique car il y a, en effet, « une double onde ortho-parasympathique » au déclenchement de la crise. A la phase post-critique, les deux systèmes reviennent à leur état tonique antérieur à la crise. Au point de vue sémiologique, les crises épileptiques dues au cardiazol et les crises d'épilepsie dites essentielles sont identiques.

René CHARPENTIER.

**Troubles neuro-végétatifs et humoraux dans l'épilepsie expérimentale**, par Julio ASUAD (*La Presse médicale*, 6-9 novembre 1940).

Dans ce deuxième article, M. Julio Asuad expose les résultats de ses intéressantes recherches dans le domaine neuro-végétatif et humoral : étude des tensions artérielle, veineuse et céphalo-rachidienne au cours de la crise convulsive ; sections du sympathique et du vague cervicaux ; ablations des surrénales et modifications apportées ainsi au paroxysme expérimental ; étude du métabolisme du glucose et de l'eau et rapports de la glycémie et de l'hydratation avec le seuil convulsivant.

Trois éléments conjuguent leur action au niveau de l'écorce cérébrale et cérébelleuse inhibant leur fonction de contrôle, de frein : la vaso-constriction artérielle avec anoxémie ; la vaso-dilatation veineuse active et passive, l'acteur d'augmentation du volume de l'encéphale et d'œdème du paren-



chyme ; l'hypertension du liquide céphalo-rachidien. Pour M. Julio Asuad, les théories du spasme, de la stase, de l'hypertension céphalo-rachidienne doivent être fusionnées en une seule théorie mixte, celle du « spasme-stase-hypertension céphalo-rachidienne ».

Le plus souvent en augmentation légère pendant la phase de latence, la glycémie est cependant parfois nettement diminuée à ce moment. Constante pendant la phase tonique, augmentant encore pendant la phase clonique, l'hyperglycémie revient à son niveau normal une heure et demie ou deux heures après la crise.

Chez les lapins hydratés, le seuil convulsivant diminue dans la proportion de 3 à 1. Les extraits post-hypophysaires seuls n'ont apporté aucune modification au seuil convulsivant. Chez les animaux deshydratés à l'aide de solutions hypertoniques salées, le seuil convulsivant a été augmenté de façon inconstante de 1 à 2, parfois même de 2 à 4. Ceci explique, en particulier, le mécanisme d'action de la diète cétogène (Fay) par une perte des bases fixes et par la deshydratation consécutive, et fait comprendre l'action de la thérapeutique deshydratante.

René CHARPENTIER.

**Contribution à l'étude de l'épilepsie expérimentale chez les animaux décérébrés, mésencéphaliques, protubérantiels, bulbaires et spinaux, par Julio ASUAD (*La Presse médicale*, 18-21 décembre 1940).**

Continuant l'exposé de ses recherches sur la pathogénie de l'épilepsie expérimentale, M. Julio Asuad résume dans ce troisième article les résultats de ses expériences sur la participation du système nerveux central à la production des convulsions.

Ces expériences, poursuivies selon les techniques de MM. Pierre Gley et H. Simonnet et avec le contrôle histologique de M. Guiraud, ont porté sur l'étude des crises convulsives chez les animaux décérébrés, chez les animaux mésencéphaliques (mésencéphale sectionné à la hauteur de son tiers supérieur), chez les animaux protubérantiels (avec contrôle anatomique), chez les animaux bulbaires et chez les animaux spinaux.

De ces faits expérimentaux, l'auteur conclut que la crise épileptique déterminée par le cardiazol n'est pas d'origine corticale ; elle est sous-corticale, extra-pyramidale. Il estime que si l'écorce cérébrale peut donner naissance, sous l'action de l'analeptique, à des courants d'action qui, se propageant par la voie pyramidale, vont contribuer à la crise convulsive, ces courants d'action ne sont pas d'une importance capitale, car les animaux « décortiqués » réagissent au cardiazol par des crises superposables et en tous points semblables à celles des animaux intacts.

Ces résultats confirment l'opinion du Professeur Henri Claude et de M. Julio Asuad et sont d'accord avec les conclusions des récents travaux de M. Gutierrez Noriega, de Lima, pour qui l'épilepsie cardiazolique ne dépend pas d'un seul centre, mais représente l'addition des différentes réactions partielles des noyaux situés dans les pédoncules cérébraux, dans la protubérance et dans le bulbe.

René CHARPENTIER.

## HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

**Action de l'urbanisation et du standard de vie sur la physio-pathologie humaine**, par P.-E. MORHARDT (*La Presse médicale*, 23-26 octobre 1940).

Les particularités morphologiques ou réactionnelles que l'homme peut présenter selon le milieu auquel il appartient mériteraient des études systématiques. Elles constituent des facteurs importants pour la connaissance des tempéraments et pourraient être utilisées comme base d'une politique sociale rationnelle. Il existe entre citadins et ruraux des différences somatiques et psychologiques. Par les effets du micro-climat et d'une alimentation riche en protéines animales et en graisses, la migration vers la ville tend à donner à la race humaine des caractères spéciaux. Intervient également une sélection des plus aptes à la vie intellectuelle et sédentaire des citadins.

L'étude de ces phénomènes, par les sociologues, les médecins, les psychologues, les physiologistes, permettrait sans doute d'en déterminer le degré et de voir dans quelle mesure il serait possible d'accentuer, de freiner, de diriger cette différenciation, dans quelle mesure aussi il pourrait y avoir intérêt à le faire.

René CHARPENTIER.

**L'alcoolisme des buveurs de vin en Loire-Inférieure**, par AUVIGNE et PERRIN (*Académie de Médecine*, séance du 22 octobre 1940).

Résultat d'une enquête faite dans les hôpitaux de Nantes, montrant à la fois la fréquence de la nature de cet alcoolisme régional, dû presque exclusivement à l'abus du vin, et contre lequel la nouvelle législation sera à peu près sans action. Les auteurs insistent sur la nécessité d'une propagande active contre les excès de vin, excès commençant au-dessus des doses quotidiennes d'un litre pour un adulte, un demi-litre pour la femme ou l'adolescent, la nécessité aussi d'une réglementation stricte pour la limitation de la consommation familiale de vins de catégories inférieures, riches en alcool, et qui ne devraient être produits qu'en fonction de leur utilisation industrielle.

R. C.

**Epidémiologie et prophylaxie de la poliomyélite antérieure aiguë**, par Robert CLÉMENT (*La Presse médicale*, 25-28 septembre 1940).

Endémique dans la plupart des pays d'Europe, la poliomyélite antérieure aiguë prend de temps à autre la forme d'épidémies plus ou moins sévères ou étendues. Les résultats de l'enquête épidémiologique d'Australie, à la suite de la grave épidémie australienne de 1937-1938, résultats étudiés par F.-M. Burnet (de Melbourne), confirment la transmission interhumaine de la maladie de Heine-Medin par des porteurs de germes sains ou malades. Le virus est un épithélioneurotrope dont des influences diverses (notamment le passage en série intracérébral) peuvent exalter le neurotropisme.

C'est l'application de plus en plus étendue des règles d'hygiène générale

et de désinfection rhino-pharyngée qui explique le recul de l'âge moyen des enfants atteints. Ce sont, d'ailleurs, les mesures d'hygiène générale qui semblent les plus efficaces pour arrêter la diffusion de la paralysie infantile : stérilisation ou javellisation de l'eau de boisson, isolement pendant trois semaines de tout suspect, suppression en période d'épidémie de toute réunion d'enfants, interdiction de tout passage d'enfants d'une région contaminée dans une région indemne, etc. Gagner du temps est précieux, l'épidémie s'arrêtant presque toujours au début de la saison froide.

La prophylaxie par le sérum immunisé, le sérum humain de convalescent, le sérum de Pettit ont donné des résultats. C.-H. Contat, M. Arthus, C. Spycher et F. Debat ont obtenu des résultats thérapeutiques chez le singe par l'administration de chlorate de potasse au moment même ou peu après l'inoculation.

René CHARPENTIER.

### THERAPEUTIQUE

**Mahomet et la thérapeutique**, par A. SOUQUES (*La Presse médicale*, 7-10 août 1940).

Tout en prêchant la résignation, Mahomet affirme nettement que le musulman doit se soigner. Il permet même qu'un croyant se fasse soigner par un médecin étranger à condition que celui-ci ordonne des substances licites. Il n'admet pas l'exercice illégal de la médecine et veut que le médecin tienne compte des désirs et des répugnances du malade.

Sa thérapeutique comprend des « moyens naturels » et des « moyens sur-naturels », ces derniers se réduisant à la prière, qui est toute-puissante. Ses remèdes naturels se bornent aux émissions sanguines, à l'eau froide, au séné, au miel, au haça, à la telbinah, au coutha, aux collyres, aux onctions d'huile d'olive. Mais l'espérance qu'il met au cœur des malades et la compassion qu'il leur témoigne constituent d'incomparables réconforts.

L'hygiène et la thérapeutique de Mahomet permettent de voir en lui un véritable médecin du corps et de l'âme.

René CHARPENTIER.

**L'électro-choc. Le traitement des affections mentales par les crises convulsives électriques**, par André PLICHET (*La Presse médicale*, 20-23 novembre 1940).

Des inconvénients ayant été observés lors de l'insulinothérapie et de la cardiazolthérapie, nombreux sont les autres procédés tentés pour cette thérapeutique par le choc, agents chimiques tels que triazol, pierotoxine, thuyonne..., ou agents physiques comme l'application du courant électrique. Depuis les expériences de Leduc, en 1902, et de Batelli, en 1903, sur le chien, on savait que l'application, dans certaines conditions, de courant électrique, pouvait produire des crises d'épilepsie. Après des expériences sur le chien, Cerletti et Bini appliquèrent, en 1938, ces données à l'homme et mirent en évidence les avantages de l'électrochoc sur les autres méthodes de choc thérapeutique : perte immédiate de connaissance et amnésie rétrograde

supprimant totalement l'appréhension et l'angoisse qui précèdent le choc cardiazolique ou insulinique, crise épileptique moins brutale, sans complications (ni fractures, ni troubles cardiaques, pas d'abcès ni de gangrène pulmonaire, pas d'excitation, ni de confusion, etc.), possibilité de graduer l'intensité de la crise, méthode beaucoup moins onéreuse.

D'après les auteurs italiens, il semble que la cardiazolthérapie soit plus indiquée que l'électrochoc dans les états dépressifs. L'indication majeure de l'électrochoc serait la schizophrénie avec catatonie ou avec stupeur. Les résultats, moins bons dans l'hébéphrénie simple, seraient nuls dans les états paranoïdes. Les contre-indications sont peu nombreuses et sont les mêmes que pour les méthodes de Sakel et von Meduna.

Il est possible que l'électrochoc apporte un jour au neuro-physiologiste la clef de la pathogénie de l'épilepsie, que Lennot considère comme l'expression clinique d'une dysrythmie électrique. C'est à la partie moyenne des 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> circonvolutions frontales que Cerletti et Bini appliquent les électrodes. Mais les résultats thérapeutiques déjà publiés (Borgarello, Sogliani, Groce et Cassiano, Casello, Barnhoorn, Yasukoti et Mukasa, Fox, Flemming, Golla et Grey Walter, Sheppley, etc.) confirment les résultats encourageants de la méthode de Cerletti et Bini.

René CHARPENTIER.

**La prévention par le curare des complications traumatiques dans la thérapeutique convulsivante**, par A. BENNETT (*The Journal of the American Medical Association*, 27 janvier 1940).

Des complications mécaniques dont les plus fréquentes sont les fractures vertébrales étant un obstacle à la thérapeutique convulsivante des troubles mentaux par le métrazol, M. A. Bennett a utilisé fréquemment pour les prévenir des injections intraveineuses lentes préalables d'une solution alcoolique de curare brut (essayée sur la souris avant l'emploi). Dès qu'est obtenu l'effet du curare (apparition rapide d'une paralysie de type myasthénique débutant par les yeux et complète en 5 minutes environ), on peut faire l'injection intraveineuse de métrazol : les contractions toniques et cloniques sont ainsi beaucoup moins intenses, mais le résultat n'est pas modifié. Très passagère, l'action du curare ne s'accompagne d'aucun accident et est déjà dissipée quand le malade reprend conscience.

R. C.

**Thymectomie pour asthénie générale avec retard notable de croissance et puérilité : Résultat d'un an**, par R. LERICHE et A. JUNG (*La Presse médicale*, 28-31 août 1940).

Très intéressante observation d'une jeune fille de 17 ans, présentant une fatigabilité extrême, un aspect général malingre, la peau sèche, de la tristesse, un retard intellectuel allant en s'accroissant et des troubles du développement physique. Echec total de l'endocrinothérapie et de tous traitements médicamenteux. Rapprochant cette observation d'un cas antérieurement publié par eux (*Presse Médicale*, 21 mai 1938), les auteurs pensèrent à des troubles thymiques. En dépit de radiographies négatives, étant donné l'aggravation de l'état et le désespoir des parents, tout développement physique et intellectuel paraissant profondément compromis, une thymectomie

fut faite le 1<sup>er</sup> février 1939. Une masse assez compacte, blane rosé, de 11 cm. de long, pesant 25 grammes, fut enlevée, que l'examen histologique montra être un thymus très actif, avec de nombreux corpuseules de Hassal, sans caractère pathologique, sans parathyroïde thymique incluse.

Deux mois après, la jeune fille était transformée physiquement et psychologiquement : plus d'asthénie ni de frilosité, ni de tristesse. Croissance de 1 cm. 5 en quelques semaines, vivacité, gaieté. Cette transformation s'est affirmée depuis, au double point de vue physique et psychique, la jeune fille menant sans fatigue une vie normale.

Ce cas est donc le deuxième où les auteurs ont pu constater une reprise du développement après thymectomie.

René CHARPENTIER.

**La valeur de la thérapeutique bromurée seule ou combinée, administrée par voie intraveineuse,** par Anastase LANDAU (de Varsovie). *La Presse médicale*, 4-7 septembre 1940.

Depuis 3 ans qu'il a introduit dans la thérapeutique des ulcères juxta-pyloriques les injections intraveineuses bromuro-atropinées, l'auteur n'a plus eu à faire opérer aucun cas d'ulcère de l'estomac ou du duodénum, abstraction faite des malades avec rétention gastrique due à un rétrécissement du pylore. L'introduction par voie veineuse de « un gramme de bromure de sodium » associé à « un milligramme de sulfate d'atropine » est bien plus efficace, et immédiatement efficace, que l'absorption buccale de 3 à 4 grammes de bromure de sodium associés à l'injection sous-cutanée d'un milligramme d'atropine.

Cette thérapeutique, associée à divers autres médicaments (glucose, atropine, ouabaine, propalgon (novalgine), théophylline, salicylate de soude, etc.), peut donner des résultats notables dans une grande quantité de cas considérés comme résistant à tous les traitements, qu'il s'agisse d'insomnies rebelles, d'hyperthyroïdies graves, d'angine de poitrine d'effort, d'états algiques divers et tenaces, quelle qu'en soit l'origine. Réservée aux cas rebelles aux autres médications, elle peut comporter un nombre très variable d'injections, quelques-unes ou des dizaines, de façon continue ou discontinue, ou par séries, l'intensité et l'évolution du symptôme ou du syndrome étant les seuls guides.

René CHARPENTIER.

**L'emploi de la voie sous-cutanée pour l'administration du salicylate de soude,** par J.-V. VELASQUEZ (*La Prensa medica argentina*, 22 mai 1940).

Pour les malades présentant une intolérance marquée au salicylate de soude, au lieu des injections intraveineuses et intramusculaires qui présentent des inconvénients communs (sclérose rapide des tissus aboutissant à une thrombose veineuse dans un cas, ou à des indurations intramusculaires dans l'autre), et de la voie rectale mal supportée en cas d'altération, même minime, de la muqueuse rectale, M. J.-V. Velasquez conseille d'employer les injections sous-cutanées à l'aide d'une solution isotonique (23,20 pour 1.000). Commencer par 2 cm<sup>3</sup>, puis 5 cm<sup>3</sup>, 10 cm<sup>3</sup>, 20 cm<sup>3</sup>, 50 cm<sup>3</sup>, 100 cm<sup>3</sup>. Une dose de 50 cm<sup>3</sup> correspond donc à 1 gr. 16 de sel. Arrêter en cas d'into-

lérance (bourdonnements, surdité, etc.). Dans certains cas l'auteur a pu injecter jusqu'à 200 cm<sup>3</sup>.

Ces injections, facilement supportées, sont généralement indolores. Leur action thérapeutique est rapide et paraît se prolonger pendant au moins 24 heures. La technique est celle des injections de sérum physiologique et, à dose de 200 cm<sup>3</sup>, on obtient une rehydratation analogue de l'organisme.

R. C.

**A propos de l'absorption des sels d'or, par Auguste LUMIÈRE et A. LÉONET (*La Presse médicale*, 17 décembre 1940).**

Les auteurs apportent une confirmation expérimentale aux observations que M. Rossel a publiées dans la *Presse Médicale* (10 décembre 1939) concernant l'aurothio-glycolate de calcium. Ainsi que Caussade, Lagèze, Rossel, etc., MM. Auguste Lumière et A. Léonet considèrent qu'un sel insoluble s'absorbe de façon « capricieuse et désordonnée » (Caussade).

L'huile, véhicule d'un sel soluble, n'apporte qu'un retard insignifiant à l'absorption du dit sel qui se dissout *in situ* et s'absorbe pour son propre compte, bien que le kyste d'injection, ne contenant bientôt plus que de l'huile, mette à disparaître un temps beaucoup plus long. L'absorption ne peut être lente que si l'hydrosolubilité du sel injecté est restreinte ; le rôle de l'huile n'est guère qu'un rôle de vecteur. L'huile est un vecteur simple, et, au demeurant, assez satisfaisant. Son rôle, purement physique, est d'obtenir une suspension suffisamment homogène et stable pour permettre l'injection.

Cliniquement, MM. Auguste Lumière et A. Léonet donnent leur préférence à l'usage d'hydrosolutions administrées à petites doses fréquemment répétées, sans méconnaître cependant l'intérêt de l'imprégnation aurique à l'aide d'un sel s'absorbant de façon lente et continue grâce à sa faible hydrosolubilité, et quel qu'en soit le vecteur.

Ils ajoutent que c'est surtout par des voies chimiques qu'on peut réaliser un produit hypotoxique, l'éveil à éviter étant d'obtenir une baisse d'activité parallèle à la baisse de toxicité, critique qu'ils font, en particulier, aux dérivés des sucres.

René CHARPENTIER.

**Les résultats de la sulfamidothérapie dans 15 cas de méningite cérébro-spinale, suivis de guérison, par Robert WORMS (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, 26 avril 1940).**

Il s'agit de 15 cas, de gravité variable, survenus sous forme de cas isolés dans des unités éloignées les unes des autres. Traitement par voie buccale (dose quotidienne de 5 grammes de 693 les premiers jours et diminution progressive ensuite), avec, dans quelques cas seulement, association d'injections intrarachidiennes. Les 15 malades ont très rapidement guéri. Dans tous les cas, après 24 heures de traitement, le méningocoque a disparu du liquide céphalo-rachidien. Après 5 jours, liquide clair ne contenant que des lymphocytes. Peu d'accidents d'intolérance, et tous légers, ont été observés. L'auteur conseille de ne pas interrompre le traitement en cas d'azotémie même élevée et de réserver les injections intrarachidiennes aux cas les plus graves ou à ceux dans lesquels le traitement fut institué tardivement.

R. C.

**Deux cas de méningite à pneumocoques guéris par la sulfamidothérapie en dehors de la voie rachidienne**, par CHIRAY, H. MASCHAS et A. ROUAULT DE LA VIGNE (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, 3 mai 1940).

Ces deux malades, atteints de méningites pneumococciques graves, ont guéri rapidement par la sulfamidothérapie bien que traités tardivement (l'un le 4<sup>e</sup> jour, l'autre le 6<sup>e</sup> jour), par les voies buccale, rectale et sous-cutanée, sans injection intrarachidienne. Ces cas confirment que la voie rachidienne n'est pas indispensable pour obtenir la guérison de méningites graves suppurées à pneumocoques à l'aide des sulfamidés.

R. C.

**Une série de 14 cas de méningite cérébro-spinale observés à Montpellier**, par BOUDET, BROCA et Mlle FABRE (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, 10 mai 1940).

Ces 14 cas, traités par le 693, ont tous guéri. Les seules complications furent une éruption rappelant l'érythème polymorphe, attribuée par les auteurs à la thérapeutique employée, et une paralysie du membre inférieur gauche, n'ayant laissé comme séquelle qu'une paralysie légère du sciatique poplité externe.

Les auteurs insistent sur les résultats exceptionnellement favorables de la thérapeutique par les sulfamides, résultats que confirme cette communication.

R. C.

**Paralysies graves au cours de la méningite cérébro-spinale (6 cas). Danger des injections d'z (para-amino-benzène-sulfamido) pyridine ou M. B. 693 par voie intra-rachidienne**, par MM. FORT et M. IGERT (*La Presse médicale*, 4-7 septembre 1940).

L'introduction dans le traitement de la méningite cérébro-spinale des sulfamidés, seuls ou associés à la sérothérapie spécifique, a considérablement modifié le pronostic de cette affection et diminué la mortalité. Ces résultats, le fait que le dosage des sulfamidés dans le liquide céphalo-rachidien permettait de faire un pronostic, les cas relativement fréquents dans lesquels le coma obligeait à agir vite tout en rendant impossible l'absorption *per os*, ont incité les auteurs à utiliser la voie sous-arachnoïdienne.

Ayant constaté, dans une méningite cérébro-spinale particulièrement grave à méningocoques, le 3<sup>e</sup> jour d'une injection intra-rachidienne de soludagénan, un cloisonnement méningé et, très rapidement, une rétention d'urine passagère, et une monoplégie définitive d'un membre inférieur, ils se sont demandé quelle pouvait être la part respective de la méningite et de la thérapeutique dans l'étiologie de cette paralysie.

Comparant cette observation avec 5 autres observations de monoplégie accompagnée de troubles sphinctériens au cours de l'évolution d'une méningite cérébro-spinale grave, ils notent les caractères de ces paralysies et concluent que seuls l'expérimentation et les examens anatomo-pathologiques permettront d'éclaircir la pathogénie de ces complications nerveuses, consécutives aux injections intra-rachidiennes. Il est permis de penser, ajoutent-

ils, que le produit sodé trouve, au niveau des racines lombo-sacrées qui cheminent dans l'espace sous-arachnoïdien et baignent dans le liquide céphalo-rachidien, des points particulièrement exposés à son action neurolytique. Le décubitus latéral expliquerait la localisation unilatérale. Les cloisonnements fréquents et rapides observés après les injections tendent à prouver l'intensité de la réaction locale génératrice d'adhérences, sous l'effet irritant du produit.

René CHARPENTIER,

**Myélite nécrotique subaiguë consécutive à l'injection intra-rachidienne de soludagénan dans un cas de méningite cérébro-spinale, par A. GERMAIN et P. PICARD** (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 11 octobre 1940).

Une deuxième injection intra-rachidienne de soludagénan par voie sous-arachnoïdienne, dans un cas de méningite cérébro-spinale épidémique, fut immédiatement suivie d'une paraplégie flasque, rapidement complète, avec troubles sphinctériens et troubles trophiques considérables, cachexie rapide. Nouveau cas qui déconseille l'emploi en injection intra-rachidienne de ces produits, dont la partie sodée, solubilisante, déterminerait l'action caus-tique locale.

R. C.

**Action du traitement sulfamidé sur l'évolution de 4 cas de méningite traumatique, par Robert MONOD et Georges BORDIN** (*Académie de Chirurgie*, séance du 23 octobre 1940).

De ces quatre cas de méningite traumatique traités par les sulfamides, et dont trois eurent une terminaison favorable, les auteurs concluent à la nécessité d'employer des doses massives et de prolonger le traitement après la cessation des accidents. Ils insistent également sur la nécessité, dans certains cas, d'utiliser la voie intra-rachidienne.

Dans le seul de ces quatre cas, qui fut suivi de mort, les auteurs pensent que l'administration prolongée de sulfamides à titre préventif a peut-être favorisé un état de sulfamido-résistance.

R. C.

**Sur un cas de myélite aiguë traitée et guérie par le Dagénan, par M. George GUILLAIN et Mlle CORRE** (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, 15 novembre 1940).

Si l'action favorable des sulfamidés dans le traitement des méningites aiguës suppurées est maintenant bien établie, l'action thérapeutique des sulfamidés sur les myélites aiguës ne semble pas avoir encore été signalée. M. Georges Guillaïn et Mlle Corre rapportent l'observation d'un malade de 50 ans ayant présenté, après une angine, les symptômes d'une myélite infectieuse aiguë typique, de pronostic immédiat grave, et qui guérit complètement, en trois mois, à la suite d'un traitement de Dagénan par voie buccale.

R. C.



**Sur l'intérêt de l'association systématique du traitement sulfamidé préventif au traitement chirurgical précoce des plaies cranio-cérébrales par projectiles de guerre**, par Raymond GARCIN et Jean GUILLAUME (*Académie de Chirurgie*, séance du 13 novembre 1940).

Associant systématiquement dans les blessures cranio-cérébrales la thérapeutique sulfamidée préventive à l'acte chirurgical aussi précoce et aussi correct que possible, MM. Raymond Garcin et Jean Guillaume sont d'avis que les sulfamides représentent un facteur important contre l'infection en puissance dans toute plaie cérébrale pénétrante par projectile de guerre. Employant le traitement par voie buccale, selon une posologie variable avec le siège et l'importance des lésions, les auteurs ont utilisé également une solution à 0,8 pour 100 de 1162 F en instillations dans les cheminées d'attrition cérébrale, dans les cavités ventriculaires déhiscences et le 1162 F en poudre sur les plans extra-durémériens. Une surveillance médicale attentive avec examens systématiques du sang et des urines n'a eu à relever que des incidents sans gravité. Il s'agissait, dans tous les cas de sujets jeunes et sains.

Le dosage du produit dans les humeurs éviterait l'emploi de doses inutiles pouvant être nocives.

R. C.

**Quelques résultats obtenus avec un serum antitryptique**, par I. MINEA (*Bull. de l'Académie de Médecine de Roumanie*, V<sup>e</sup> année, n° 1-2, tome IX, séance du 17 février 1940).

Rappelant les résultats obtenus par lui en traitant par l'« antifermento-thérapie » des cas de névrite et de polynévrite, le Professeur I. Minea rapporte ici de nouveaux résultats favorables, obtenus par la même méthode dans des cas d'arthropathie tabétique et d'atrophie musculaire progressive myélopathique, résultats aussi favorables que ceux obtenus dans les affections nerveuses périphériques. En plus de son action activante sur la régénération nerveuse, le sérum antitryptique paraît avoir aussi un rôle dans les mutations calciques locales des os tabétiques. Les résultats cliniques ont été confirmés par l'examen radiologique.

Des améliorations ont également été obtenues dans des cas de poliomyélite antérieure chronique, en pratiquant le traitement avant que les lésions des cellules radiculaires ne soient devenues définitives. Le sérum antitryptique a été employé à la fois en injections hypodermiques et en injections intrarachidiennes. Il aurait une action antinévritique, activerait la régénérescence nerveuse et aurait de plus une action directe sur une neuro-protéose qui, dans les maladies comme la sclérose latérale amyotrophique ou la poliomyélite antérieure chronique, attaque les cellules des centres nerveux. Il activerait aussi la défense de l'organisme en favorisant la production autogène de l'antiprotéose spécifique.

René CHARPENTIER.

**Le traitement du choc traumatique par l'injection intraveineuse de sang dilué**, par LÉON BINET et M. STRUMZA (*Académie de médecine*, 27 août 1940).

En conclusion d'expériences réalisées par eux, chez le chien, par des injections d'histamine, MM. Léon Binet et M. Strumza caractérisent le

syndrome humoral de choc par une hémococoncentration, de l'hyperglycémie, une chute du glutathion dans le tissu surrénal et l'effondrement de la réserve alcaline. D'où la nécessité dans les chocs graves d'une hydratation correctrice à l'aide d'un sérum chloruré, hyposulfité et bicarbonaté dont l'injection intraveineuse donne des résultats d'ailleurs fugaces. Mais l'addition à ce sérum de sang frais, ou de sang conservé, permet d'obtenir le réveil de l'animal.

Dans un article ultérieur (*La Presse Médicale*, 16-19 octobre 1940), MM. Léon Binet et M. Strumza proposent également une thérapeutique du choc par le perchlorate de propionylcholine.

R. C.

**Le traitement des dystrophies musculaires (myopathies) et de la sclérose latérale amyotrophique par la vitamine E, par A. RAVINA et A. PLICHT**  
(*La Presse médicale*, 6-9 novembre 1940).

On incrimine actuellement la vitamine E, vitamine dite de reproduction ou de fécondité, signalée par Evans en 1936, dans la pathogénie de maladies dégénératives du système nerveux. D'après Einarson et Ringsted (de Copenhague), les myopathies congénitales et la maladie de Charcot (sclérose latérale amyotrophique) seraient à rapporter à la carence de vitamine E, carence à laquelle serait peut-être due également la localisation du virus syphilitique sur les cordons postérieurs de la moelle. D'après un certain nombre d'auteurs, parmi lesquels Franklin Bicknell, Simon Stone, l'administration de vitamine E naturelle ou synthétique aurait arrêté l'évolution de myopathies et de scléroses latérales amyotrophiques. Le traitement consiste en l'administration de capsules d'huile de germe de blé, mélangée ou non à un complexe liquide de vitamine B<sub>1</sub>. Le traitement n'a aucun effet nocif et les résultats en sont rapides : amélioration de l'appétit, disparition de la fatigue et des douleurs aux mouvements, augmentation de la force musculaire, arrêt et parfois disparition de l'atrophie musculaire, modifications de la structure du muscle qui reprend sa contractilité normale, augmentation du poids et de la taille chez les jeunes sujets.

L'action de la vitamine E serait due à sa capacité d'inhiber des substances antiprotéolytiques du sérum, qui s'opposent au métabolisme normal des protéines et à leur transformation en tissu musculaire normal. On a émis aussi l'hypothèse des rapports entre la vitamine E et les cellules de la pituitaire, contrôlant les fonctions gonadales et le métabolisme des graisses.

Dans le traitement des dystrophies musculaires, l'association de la vitamine B<sub>1</sub> et de la vitamine E paraît avoir une action plus rapide et plus efficace que l'emploi de l'une de ces deux vitamines seulement. Il sera intéressant de tenter cette vitaminothérapie dans d'autres affections du système nerveux, peu accessibles jusqu'ici à la thérapeutique.

René CHARPENTIER.

**Technique du traitement galvanique dans la paralysie infantile, par H. BORDIER**  
(*La Presse médicale*, 18-21 septembre 1940).

Le traitement physiothérapique moderne de la poliomyélite antérieure aiguë consiste à employer la radiothérapie pour agir sur les cornes anté-

rieures de la moelle lésées, et à soumettre à des séances de diathermie les masses musculaires paralysées et atrophiées (surtout s'il existe de l'hypothermie des muscles atteints). Mais il faut également faire agir, et pendant longtemps, le courant continu sur les muscles frappés de paralysie.

Pour que le courant galvanique produise des effets certains et incontestables sur la nutrition des fibres musculaires atrophiées, il est nécessaire que le courant soit appliqué localement sur chaque muscle et chaque groupe de muscles paralysés. Avant la galvanisation, il est bon de soumettre le membre paralysé, surtout s'il est très refroidi, à une séance préalable de diathermie. M. H. Bordier indique la technique qu'il convient d'employer pour ce traitement, destiné à être continué pendant des mois et qu'il est donc préférable de faire appliquer par les parents. Sur ses indications, la maison Lépine, de Lyon, a construit dans ce but une batterie de piles sèches, facilement transportable, hermétique, n'exigeant aucune manipulation de produits chimiques, ni aucunes connaissances de l'électricité. En plus de l'action du courant galvanique continu, il faut savoir mettre en œuvre l'action de l'état variable pour exciter les muscles touchés par la paralysie, et procéder pour cela par tamponnements successifs à l'aide de la petite électrode (électrode active).

René CHARPENTIER.

**Réflexions sur l'anesthésie locale par infiltration**, par G. COUDRAY (*La Presse médicale*, 20-23 novembre 1940).

L'auteur, après avoir rappelé la nécessité de ne faire les autres injections qu'après une première injection locale anesthésiante, insiste sur le fait qu'on ne doit injecter, et lentement, que des solutions anesthésiques tièdes au bain-marie, à une température d'environ 37°. Tiède, la cocaïne possède un pouvoir anesthésiant trois fois plus grand que lorsqu'elle est froide.

Les injections anesthésiques froides intra-rachidiennes et surtout épidurales sont pénibles, alors qu'elles ne sont pas perceptibles si l'on a soin de tiédir les solutions à la température du corps. Vérités qu'il peut être bon de rappeler.

R. C.

**A propos de 500 infiltrations du sympathique lombaire**, par R. DEMAREZ et M. LINQUETTE. (*Le Progrès médical*, n° 4, p. 113-177, 28 janvier 1939).

L'anesthésie par infiltration du sympathique lombaire répond à deux indications principales, les syndromes douloureux et les troubles vasomoteurs des membres inférieurs. La vaso-dilatation entraînée par suppression du sympathique lombaire peut être étudiée par les courbes oscillométriques, par les tests à l'histamine et à l'acétylcholine.

P. CARRETTE.

# VARIETÉS

---

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

### Séances

La *séance ordinaire* du mois de FÉVRIER de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 24 février 1941*, à 15 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de MARS de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations cliniques ou anatomo-pathologiques, aura lieu le *jeudi 13 mars 1941*, à 9 h. 1/2 *très précises*, à l'Hôpital Clinique Sainte-Anne, 1, rue Cahanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique de la Faculté de Médecine.

La *séance ordinaire* du mois de mars de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 24 mars 1941*, à 15 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

La *séance ordinaire* du mois d'AVRIL de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 avril 1941*, à 15 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de MAI de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations cliniques ou anatomo-pathologiques, aura lieu le *jeudi 8 mai 1941*, à 9 h. 1/2 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'amphithéâtre du pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mai de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 26 mai 1941*, à 15 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

La *séance ordinaire* du mois de JUIN de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 juin 1941*, à 15 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

La Société Médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule *séance* exclusivement réservée à des présentations. Cette séance aura lieu le *jeudi 10 juillet 1941*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté de Médecine.

Conformément à l'article 3 du Règlement, la Société Médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant le mois d'AOUT ni pendant le mois de SEPTEMBRE.

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 octobre 1941*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

## PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

### Année 1942

*Prix BELHOMME. — 1.500 francs*

Ce prix, *triennal*, habituellement de 900 francs, a été porté exceptionnellement par la Société Médico-psychologique à 1.500 francs pour l'année 1942.

Le sujet suivant a été désigné : *Les états de déficience intellectuelle post-traumatiques chez l'enfant* (à l'exclusion des traumatismes obstétricaux).

*Prix MOREAU DE TOURS. — 200 francs*

Ce prix, *biennal*, sera décerné au meilleur mémoire, manuscrit ou imprimé, des deux années précédentes, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1938 et en 1939, devant les Facultés de Médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

*Legs CHRISTIAN. — 1.000 francs*

Ce prix, *annuel*, habituellement de 300 francs (partage interdit), a été porté exceptionnellement par la Société Médico-psychologique à 1.000 francs pour l'année 1941. Il est attribué chaque année par le Bureau de la Société à un interne des asiles d'aliénés de Paris ou de la province, momentanément gêné soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse. *Il ne confère pas le titre de lauréat de la Société Médico-psychologique.*

*Règlement du Legs Christian :*

ARTICLE PREMIER. — Les internes des Asiles de France, candidats à l'attribution du Legs Christian, devront :

- 1° être de nationalité française ;
- 2° justifier de leur état de gêne momentanée par la production d'une attestation du médecin-chef du service où ils sont internes ;
- 3° faire parvenir au Secrétaire général de la Société Médico-psychologique une copie du manuscrit de leur thèse.

ART. II. — Le candidat désigné par le Bureau recevra le montant du prix après l'envoi au trésorier de la Société Médico-psychologique de deux exemplaires de Faculté de sa thèse.

ART. III. — Dans le cas où le prix ne serait pas décerné une année, le montant en sera reporté à l'année suivante et le Bureau pourra, s'il y a lieu, décerner plusieurs prix.

ART. IV. — Le prix Christian ne confère pas au candidat qui l'obtient le titre de lauréat de la Société Médico-psychologique.

**Année 1943***Prix AUBANEL. — 1.500 francs*

Ce prix, *triennal*, est décerné au meilleur mémoire sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

La question posée comme sujet du concours de 1940 est *Tuberculose et troubles mentaux*.

*Legs CHRISTIAN. — 300 francs*

Prix, *annuel* (partage interdit).

N. B. — Pour chacun de ces prix, les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés, avant le 31 décembre de l'année précédente, chez le Secrétaire général de la Société Médico-psychologique. Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés. Ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté, avec devise, contenant les noms et adresses des auteurs.

Les prix seuls (et à l'exception du prix Christian) donnent droit au titre de lauréat de la Société Médico-psychologique ; les mentions honorables n'y donnent pas droit.

*Un mémoire récompensé par une autre Société ne peut être admis à concourir pour les prix de la Société Médico-psychologique. (Décision du 22 mars 1910).*

## HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

## Nominations

*Médecins des Hôpitaux psychiatriques :*

M. le D<sup>r</sup> LE GUILLANT est nommé Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique de La Charité-sur-Loire (Nièvre) ;

Mlle le D<sup>r</sup> PETIT est nommée Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de La Charité-sur-Loire (Nièvre) ;

M. le D<sup>r</sup> RALLU est nommé, à titre intérimaire, Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de La Roche-sur-Yon (Vendée) ;

M. le D<sup>r</sup> LECLERC est nommé, à titre intérimaire, Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Lesvellec (Morbihan) ;

M. le D<sup>r</sup> FREY est nommé, à titre provisoire, Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Cayssols (Aveyron) ;

M. le D<sup>r</sup> DEVALLET est nommé, à titre provisoire, Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique d'Alençon (Orne) ;

M. le D<sup>r</sup> BERGERON est nommé, à titre temporaire, Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Naugeat, à Limoges (Haute-Vienne) ;

M. le D<sup>r</sup> USSE est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Lanmezan (Hautes-Pyrénées) ;

M. le D<sup>r</sup> MANS est affecté, à titre temporaire, en qualité de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Braqueville (Haute-Garonne) ;

M. le D<sup>r</sup> EISSEN est affecté, à titre provisoire, en qualité de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Font-d'Aurelle à Montpellier (Hérault) ;

M. le D<sup>r</sup> CAPPELLE est affecté, à titre provisoire, en qualité de Médecin-Directeur à l'Hôpital psychiatrique de Fains-les-Sources (Meuse).

*Directeurs administratifs :*

M. Roger VERLONNE, ancien préfet, est nommé Directeur administratif de l'Asile-Clinique (Sainte-Anne), à Paris ;

M. Henri CADOT, ancien préfet, est nommé Directeur administratif de l'Hôpital psychiatrique départemental de Perray-Vaucluse (Seine-et-Oise) ;

M. Henri LUCA, ancien préfet, est nommé Directeur administratif de l'Hôpital psychiatrique départemental de Saint-Dizier (Haute-Marne).

## RÉUNIONS ET CONGRÈS

## Société Suisse de psychiatrie

La Société Suisse de psychiatrie tiendra sa réunion de printemps à Malévoz (Monthey) les 14 et 15 juin 1941, sous la présidence du Professeur H. STECK (de Céry-sur-Lausanne).

Cette réunion sera consacrée à l'étude des problèmes de psychiatrie pratique concernant les infirmes et autres déficients mentaux et physiques. Rapporteurs : M. le D<sup>r</sup> REPOD (de Malévoz) et M. le Professeur HANSELMANN (de Zurich).

## HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

### Le régime des bouilleurs de cru

Contrairement à l'opinion commune, le privilège des bouilleurs de cru n'a pas été aboli : l'allocation en franchise aux propriétaires récoltants de 10 litres d'alcool pur subsiste toujours. Mais si excessive que cette allocation puisse paraître, elle était, dans certaines régions, largement dépassée en fait. En effet, la difficulté du contrôle des distillations à domicile laissait toute facilité de fraude aux bouilleurs ; le régime du forfait institué en 1935 par une véritable capitulation de l'administration permettait une fabrication illimitée et sans contrôle.

Désormais, le régime du forfait est supprimé et la distillation à domicile interdite. Le contrôle, déjà ancien, des alambics, doit permettre de faire respecter cette interdiction, et l'extrême élévation des droits sur l'alcool doit inciter les bouilleurs à limiter une production qui deviendrait onéreuse. La nouvelle réglementation n'écarte certes pas toute possibilité de fraude, mais celle-ci est rendue plus difficile et il semble bien que la réforme réalisée constitue un complément efficace des lois contre l'alcoolisme.

(*Le Temps*, 6 février 1941).

### Maintien de la législation actuelle sur l'alcool en Suisse

Le 9 mars 1941 un référendum populaire, en Suisse, a repoussé l'« Initiative Réval », tendant à la Révision de la législation des Alcools. Environ 60 0/0 des électeurs ont pris part au vote.

## LÉGISLATION MÉDICALE

### Extension à l'Algérie de la loi du 16 août 1940 relative à l'exercice de la Médecine (1)

Par décret du 10 janvier 1941 :

ARTICLE PREMIER. — La loi du 16 août 1940 relative à l'exercice des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de pharmacien, et le décret du 28 octobre 1940 relatif à la procédure d'instruction des demandes de dérogation prévues par l'article 2 de la loi du 16 août 1940 susvisée, sont rendus applicables à l'Algérie, sous réserve des modifications ci-après.

ART. 2. — L'article 3 de la loi du 16 août 1940 est complété de la façon suivante :

- « La condition prévue par l'article 1<sup>er</sup> n'est pas exigée :
- « 1° (Sans changement) ;

(1) Voir *Annales Médico-psychologiques*, janvier 1941, pages 91-92.



« 2° (Sans changement) ;

« 3° Des praticiens français d'origine étrangère nés en Algérie. »

ART. 3. — Le délai fixé par l'article 6 du décret du 28 octobre 1940 commencera à courir à dater de la publication du présent décret au *Journal officiel* de l'Algérie.

## ORDRE DES MÉDECINS

### Conseil départemental de la Seine

Le Conseil de l'Ordre des Médecins de la Seine communique ce qui suit aux médecins de ce département :

La loi du 26 octobre 1940, instituant l'Ordre des Médecins (1), stipule que « nul ne peut exercer la médecine s'il n'est habilité par un Conseil Professionnel, dit Conseil de l'Ordre des Médecins » (article premier) et que « dans chaque département, le Conseil de l'Ordre des Médecins dresse un tableau public des personnes qui, remplissant les conditions imposées par les lois et règlements concernant l'exercice de la médecine, sont admises par lui à pratiquer leur art » (article huit).

Vous êtes prié, pour solliciter votre inscription au Tableau, de remplir préalablement le questionnaire ci-dessous en donnant toutes les précisions demandées.

1. Nom :
2. Prénoms :
3. Nom de naissance (en cas de changement de nom) :
4. Date et lieu de naissance :
5. Nationalité :  
Est-ce votre nationalité d'origine ?  
Sinon, est-elle acquise par le mariage ou par naturalisation, et à quelle date ?
6. Nationalité du père et de la mère :  
Ont-ils été naturalisés et à quelle date ?
7. Etes-vous marié ?
8. Votre conjoint (ou conjointe) possède-t-il la nationalité française à titre originaire ?
9. Domicile actuel :
10. Date et lieu de soutenance de la thèse :
11. Titres universitaires et hospitaliers :
12. Distinctions honorifiques :
13. Spécialité :
14. Où exercez-vous ?
15. Avez-vous exercé en d'autres endroits ?  
Où ?  
Et quand ?
16. Etes-vous attaché à un service hospitalier public ou privé ?

(1) Voir *Annales Médico-psychologiques*, janvier 1941, pages 93-95.

Lequel ou lesquels ?

Et à quel titre ?

17. Quels sont les organismes qui font appel à vous régulièrement (tribunaux, assurances, compagnies, établissements privés, dispensaires, cabinets d'affaires, etc...) ?
18. Avez-vous un associé ou assistant dans l'exercice de votre profession ?  
Quels sont son nom, ses titres et sa nationalité d'origine ?
19. Avez-vous des intérêts dans un organisme ou dans une entreprise touchant les professions médicale ou para-médicales ?
20. Avez-vous encouru des peines judiciaires ou syndicales concernant votre activité professionnelle ?  
Lesquelles ?  
A quelle date ?
21. Avez-vous encouru des condamnations de droit commun ?  
Lesquelles ?  
A quelle date ?
22. Quel est l'état de vos services militaires ?
23. Êtes-vous en règle avec la Caisse des Allocations familiales ?

Veuillez faire suivre ce questionnaire de la formule suivante :

« Je demande mon inscription au Tableau de l'Ordre des Médecins de la « Seine ; je jure sur l'honneur que les déclarations ci-dessus sont conformes à la vérité ; j'autorise toutes les vérifications nécessaires et je m'engage à envoyer au Conseil de l'Ordre un rectificatif dès qu'il se produira une modification dans les déclarations précédentes. »

Veuillez enfin dater, signer et adresser votre demande avant le 1<sup>er</sup> mars 1941 au Conseil de l'Ordre des Médecins de la Seine, 28, rue Serpente, Paris VI<sup>e</sup>.

Toute fausse déclaration entraînerait le refus de l'Inscription au Tableau de l'Ordre sans préjudice des sanctions judiciaires.

## NÉCROLOGIE

### Université de Toronto

M. le Professeur BANTING, de Toronto (Ontario), *Prix Nobel* (Physiologie et Médecine, 1923) pour ses beaux travaux sur l'insuline, mort accidentellement.

---

*Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.*

---

Imprimé par Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*)  
à Cahors (France). — 61.609

# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

---

## MÉMOIRES ORIGINAUX

---

### LES FONDATEURS DE LA DOCTRINE FRANÇAISE DE L'APHASIE

PAR

QUERCY et BAYLE (1)

#### II. BOUILLAUD

Une doctrine simple, une action ardente, des contradicteurs éclairés, et un échec.

Bouillaud batailla pour son idée de 30 à 80 ans. Voici les étapes : En 1825 il lit à l'Académie royale de Médecine, publie dans les *Archives générales de Médecine* et insère dans son traité de l'Encéphalite ses « recherches cliniques propres à démontrer que la perte du langage articulé correspond à la lésion des lobules antérieurs du cerveau, et à confirmer l'opinion de M. Gall sur le siège de l'organe du langage articulé ».

En 1827 à l'Institut (2), et en 1830 dans le *Journal hebdomadaire de Médecine*, il fait connaître ses « recherches expérimen-

(1) Ce travail fait suite à celui que nous avons consacré à Lordat (voir *Annales Médico-psychologiques*, avril 1940, p. 298-310).

(2) Où nous ne les avons pas trouvés.

« tales sur les fonctions du cerveau en général, et sur celles de « sa portion antérieure en particulier ».

Fin 1839 et début de 1840, à l'Académie de Médecine, il attaque et contre-attaque Andral, Lallemand, Cruveilhier, Ferrus, Rochoux.....

Fin 1847 et début 1848, mémoire de Belhomme sur « la localisation de la mémoire des mots dans les lobes antérieurs du « cerveau », rapport de Cloquet et Ferrus, discours de Bouillaud, critiques.....

Le 24 mars 1863, l'Académie reçoit le travail où Dax révèle l'idée de son père : parole et aphasie = hémisphère *gauche*. Le 16 décembre 1864, rapport insensé de Lélut (1). Du 4 avril au 13 juin 1865, à chaque séance, Bouillaud discours et combat. Interventions de Trousseau, Parchappe, Briquet, Guérin, Voisin, Piorry, Baillarger, Velpeau, Deguise, Bonnafont, Cerise... Fin décevante et par instants comique. En entendant les critiques et les plaisanteries qui frappent alors l'aphasie et les localisateurs, on a peine à croire que le dogme de la troisième frontale est déjà né.

\*  
\*\*

Au moment où Bouillaud va intervenir, que sait-on, à Paris, de la future aphasie et de ses centres ?

I. On sait beaucoup de clinique. Dès 1819, dans la *Somme Médicale* du temps, dans le Dictionnaire en soixante volumes, Loyer-Villermay, à l'article Mémoire, montre la richesse et la complexité des faits. Larrey, dans ses cliniques chirurgicales, décrit d'excellents cas, aussitôt compris et utilisés. — On discute autour d'aphasiques célèbres, et chacun dit son mot sur Broussonnet, que nous avons vu chez Lordat. — A la Société de Médecine s'ébauche en 1821 une discussion sur l'aphasie, prélude aux grandes séances qui se succéderont de 1839 à 1908.

II. On étudie le cerveau « avec fureur ». Mais on ne pense pas encore aux circonvolutions, et les localisateurs de fonctions ne regardent pas plus haut que les ganglions centraux : au Thalamus la paralysie du bras, au Strié celle de la jambe ; et les tout jeunes de la Salpêtrière avaient l'honneur de cette « découverte ». Magendie pensait à eux quand il raillait, dans les *Leçons sur le Système nerveux*, « ces internes qui décrivaient

(1) V. Bayle, *loc. cit.*, 61-64.

« minutieusement des symptômes inexistants et des pièces anatomiques imaginaires ». — La carte des circonvolutions n'était pas faite ou était muette (1) ; et l'un des jeunes maîtres du moment, Flourens, concevait à peu près ainsi le rôle de l'écorce : c'est l'incompréhensible organe de la conscience, de l'intelligence, de la volonté, des instincts et de la sensation. Elle n'a pas d'action directe sur la motricité, affaire de la moelle et du bulbe. Sans doute il existe une fonction motrice supérieure à l'incitation au mouvement, c'est la coordination ; mais l'organe de celle-ci n'est pas l'écorce cérébrale, c'est le cervelet. Organe de la conscience, l'écorce, malgré son étendue et ses plis, est un tout homogène aussi peu divisible en parties ou en organes que l'âme ou l'espace ; et l'on chercherait vainement en elle tel ou tel territoire particulier, dévolu à tel organe périphérique ou à telle fonction. — En 1825 et avec Flourens, nous sommes donc très loin, par le temps et par la pensée, des sûres localisations motrices et sensitives que découvrira Hitzig en 1870. — De 1825 à 1865 pourtant, face à la solide doctrine de l'écorce organe indivisible de l'âme, les localisateurs vont soutenir les paradoxes, de plus en plus hardis, d'une localisation cérébrale, de la localisation d'une fonction psychique, de sa localisation dans les lobes antérieurs, puis dans l'hémisphère gauche, enfin dans une étroite partie d'une circonvolution.

Gall et Spurzheim, que nous reverrons, avaient déjà une claire et large vue de l'ensemble à étudier : il y a des hallucinations verbales, il y a des exaltations isolées de la parole, il y a des manies verbales, il y a des mémoires verbales monstrueuses, il y a des maladies du langage, on trouve un peu partout, du vieillard à l'enfant, chez les blessés et les malades du cerveau, des faits de perte ou d'absence de la parole sans paralysie, sans démence, sans surdité, avec ou sans perte de la lecture et de l'écriture. Cette autonomie et ces dissociations des fonctions verbales impliquent des organes cérébraux plus ou moins séparés ; et il faut chercher ces organes dans les lobes antérieurs, sur la partie arrière de la voûte orbitaire, sous les bosses temporales. Sa craniologie et son indifférence pour les circonvolutions ne doivent pas faire oublier l'ampleur et la netteté du plan de Gall ; et Bouillaud n'est qu'un peu trop modeste quand il dit : Gall est l'inventeur, nous sommes les sous-inventeurs, après nous viendront les metteurs au point.

(1) Une des toutes premières, celle de Leuret et Gratiolet, est de 1839.

En 1827 et 1830, lorsque Bouillaud présente ses expériences sur le cerveau, la chirurgie et la physiologie parisiennes sont fort actives. Dupuytren à l'Hôtel-Dieu, le jeune Flourens au Muséum, sous Cuvier, font beaucoup de technique, et Flourens vient de publier son travail sur les fonctions du système nerveux chez les vertébrés. Aussi est-on un peu surpris de ce qu'il y a de primitif dans les expériences de Bouillaud : aveugles coups de bistouri, de fer rouge, de pierre infernale ou de vrille dans le cerveau de quelques animaux de laboratoire, sans souci des hémorragies, sans un mot sur la façon dont on a ouvert, progressé, refermé et soigné. Meilleur observateur qu'opérateur, Bouillaud sait et dit qu'il faut éliminer les symptômes dus aux hémorragies, aux compressions, aux actions à distance, qu'il ne faut pas prendre pour un symptôme de lésion du lobe frontal antérieur une action du cervelet, qu'il faut savoir attendre la fin des accidents initiaux, qu'on doit conserver les animaux le plus longtemps possible.

Son plus beau cas est celui d'un chien dont il perfora les deux lobes antérieurs, le 28 juin 1826, avec une vrille, et qui voulut bien survivre (1). Le chien tombe, s'agite et crie. Il voit et entend. Il s'endort par compression hémorragique. Le 3 juillet, il s'éveille, se lève, culbute sur la tête. Le 5, il marche, ivre, les pattes croisées. Le 7, il manque l'épreuve de l'escalier, il lève trop haut les pattes. Il évite mal les obstacles, il se coince dans des ouvertures trop étroites. Il flaire les objets, il les voit, il ne paraît pas les reconnaître. Les jours suivants, il marche, court et nage normalement. Il crie, il n'aboie pas. Il suit partout tout ce qui bouge et marche. Il ne reconnaît pas son maître. Il est très craintif. Pourtant, il agite la queue assez à propos. Il essaie d'attraper les mouches et montre alors sa maladresse. Il ne joue jamais avec les autres chiens ; il est leur victime. Il est sale, il est gras, il est vorace, il se jette sur la friture bouillante. Il est indressable. Il est stupide.

Sacrifié le 15 août, il présente, en avant des ventricules, un canal cicatrisé qui admet le doigt. — Flourens, Magendie, Vulpian n'ont pas mieux que cette lointaine préfiguration du chien décérébré de Goltz (2).

Bouillaud a bien observé ses opérés. Il sait qu'il suffit ou qu'il faut, selon les cas, leur montrer la nourriture ou la leur mettre jusqu'au fond de la bouche ou du bec. Il a vu des lapins, le nez

(1) Voir l'observation in Bayle, *loc. cit.*, p. 81-85.

(2) 1891.

sur des carottes, mâcher à vide, et des oiseaux becqueter tout, furicusement, excepté le grain. Il connaît maint trouble de la marche, le croisement des pattes, la marche sur le dos des pattes de devant, les culbutes ; il a observé la nage, le vol, la tenue sur le perchoir, sur l'épaule, la réaction aux secousses. Il a dressé des obstacles à éviter ou à franchir. Il a vu ses opérés isolés, avec leurs semblables, dans le poulailler, avec la femelle. Il a essayé l'appel, la menace, l'ordre. Il a comparé l'action du maître, de l'étranger, de l'enfant. Il a écouté le caquet, le roucoulement et, chez le chien, le cri et l'aboïement, qu'il oppose assez bien.

Il a nettement conclu :

1° privés de l'écorce, les animaux ne sont pas paralysés : ils ont, au début, de graves insuffisances motrices ; ils retrouvent tôt ou tard toute leur motilité, au moins automatique et instinctive ;

2° ils ne sont pas non plus privés de leur sensibilité ; Flourens disait : ils ont perdu leur sens, ils ne se servent d'aucun, mais, ayant constaté la conservation du réflexe pupillaire à la lumière chez ses décérébrés, il distinguait confusément entre la perte du sens et celle de la perception ; Magendie croira que les décérébrés ont perdu, plutôt que la sensation, le pouvoir d'établir des notions de distance, de grandeur, de forme et de mouvement ; Bouillaud est très net : ses animaux souffrent, sentent, odorent, voient, entendent, certains même flairent, regardent, écoutent.

3° Qu'ont-ils donc perdu ? — Contre « les Idéologues » (parlants attardés de la théorie des animaux machines ou précurseurs d'une théorie de la sensation composant unique de l'esprit) Bouillaud croit que les décérébrés sont restés de bonnes machines, et qu'ils ont conservé la sensation ; mais ils agissent et sentent sans se souvenir, sans comprendre, sans savoir, sans reconnaître, sans prévoir, sans choisir, sans vouloir ; ils ont perdu l'intelligence sensorielle et l'intelligence motrice ; ils sont, dira-t-on beaucoup plus tard, agnosiques et apraxiques.

Les opérés, les mutilés de Bouillaud ne montraient pas des fonctions corticales réparties en centres distincts, étalées et juxtaposées en damier. Comparée aux vastes destructions de l'écorce, une lésion limitée du seul lobe antérieur paraissait avoir une action tout aussi générale bien que moins profonde : lésion étendue = désordre général et profond ; lésion locale = désordre superficiel mais non moins général.

Malgré ses animaux d'expériences, Bouillaud, contre Flou-

rens, repousse l'idée d'une écorce physiologiquement homogène, indivisible, exerçant partout, comme l'esprit, des fonctions multiples, changeantes, interpénétrées, fusionnées. Il ne voulait pas que l'écorce, ayant plusieurs fonctions, pût s'offrir tout entière à chacune et ne partageât pas sa surface entre elles. Pour lui, comme pour le sens commun, l'écorce ne pouvait être qu'un agrégat de centres, une mosaïque d'organes distincts et juxtaposés.



BOUILLAUD

dût-on reconnaître ensuite entre eux toutes les liaisons et, comme entre les idées, toutes les associations qu'il faudrait.

Qu'est-ce que Bouillaud va localiser ? Les fonctions ou facultés psychiques. L'écorce étant un damier de centres, l'âme est un faisceau de fonctions, et il faut découper l'esprit comme le cerveau. — Quelles fonctions, quelles facultés va-t-on localiser ? Ce ne sont pas les facultés de l'École, sensation, mémoire, jugement, raisonnement, volonté ; et l'on va même demander à tout centre cortical de collaborer à l'exercice de toutes les vieilles facultés. On ne localise pas non plus, pas encore, chaque sensation, chaque idée, chaque souvenir. — Qu'est-ce donc que Bouillaud localise ?



Il ne le sait pas très bien. Il affirme des fonctions psychiques multiples, distinctes, spéciales, déterminées, celles qui font le poète et « un sonnet », celles qui font le savant et « le binôme de Newton », celles qui permettent l'art du piano, du violon, « l'art » de la marche, de la nage, celles du « juste » ou de « l'avare », celles dont les monomanies « démontrent » l'existence.

Sièges de facultés psychiques, les localités de l'écorce seront des centres de *fonctions* et non des centres d'*organes* ; et il faut continuer de chercher hors de l'écorce, sous l'écorce, dans les noyaux centraux, les centres moteurs du bras ou de la jambe. Un organe tel que la langue, instrument de plusieurs fonctions mais innervé par un seul nerf moteur, aura quelque part sous l'écorce le centre unique dont la lésion la laissera inerte, tandis que l'écorce contiendra les centres multiples des diverses activités auxquelles la langue prend part : gustation, mastication, langage.

Le langage, à la fois inséparable de l'activité intellectuelle, des perceptions de plusieurs sens, et des mouvements de nombreux muscles, le langage sera pour Bouillaud la fonction corticale par excellence, donc une fonction localisée.

Le langage est un système de *symboles*, un système de *mouvements*, un système de *sons*... ; et Bouillaud, qui fait de l'écorce l'organe de l'intelligence tout court, de l'intelligence motrice et de l'intelligence sensitive, Bouillaud est près d'une riche analyse des aphasies et de leurs lésions. Il manquera de peu mais il manquera totalement la notion de surdité verbale, le fait de l'incompréhension par certains malades des paroles qu'on émet devant eux. Il connaît, on connaît depuis deux cents ans ce qui s'appellera la cécité verbale, mais il n'insiste nulle part sur ce magnifique exemple d'une perte de l'intelligence sensorielle. Sa découverte, ou ce qu'il croit tel, c'est la distinction entre le mot-symbole et le mot-mouvement. A ces deux choses il faut au moins deux centres : telle partie de l'écorce garantira notre mémoire des symboles, et telle autre partie combinera de loin les mouvements verbaux de la langue, l'action verbale de son unique nerf moteur. Ce centre « coordinateur » ou « législateur » des mouvements convenables de la langue, du pharynx et du larynx, sera, dit-il, à la fois « mécanique », « dynamique » et « intellectuel ». *Mécanique* puisque la parole est mouvement, *intellectuel* puisque les mouvements verbaux varient infiniment avec les circonstances, ce qui n'est pas possible dans quelque chose de machinal. Quant à « dynamique » il ne semble pas que Bouillaud ait quelque idée du sens de ce terme.

Après nous, ajoute-t-il, on précisera davantage ; et *préciser* signifie pour lui *diviser* le centre du langage. On localisera, côte à côte, la parole, la lecture, l'écriture ; il faudra tenir compte, en localisant, des malades qui ne peuvent plus « phraser », et de ceux qui montent des phrases correctes où tels mots restent « en blanc », chez celui-ci les noms, chez un autre les verbes. Même indispensable souci quand on verra le possesseur de deux langues en perdre une, perdre le français et garder le patois...

Conduit à découper sans cesse et même à découper de diverses manières la région des faits verbaux, Bouillaud ne s'arrête que très près de la localisation *individuelle* des mots. Les curieuses fautes de détail de ses malades lui font imaginer, « dans le livre « cérébral, des suppressions, des dissociations, des interpositions, des déplacements » qui impliquent les prochaines images verbales, les futurs clichés, l'illusion de tenir — avec des abstractions telles que les mots, syllabes ou lettres, et les cellules ou molécules cérébrales — les ultimes éléments verbaux et leurs centres élémentaires. Il oublie peu à peu qu'il a d'abord voulu localiser une activité organisatrice ; même devant le malade qui sait et dit aujourd'hui ce dont il était incapable hier et qui retrouve ou perd tour à tour tel ou tel mot, Bouillaud ne pense pas que la destruction corticale qui permet ces éclipses et ces réapparitions peut bien avoir affaibli une fonction mais ne peut avoir détruit un mécanisme ou un stock psychique.

Où seront les centres du langage ? Gall disait « lobe antérieur », Dax dit « hémisphère gauche », Broca dira « pied de la 3<sup>e</sup> frontale gauche », Bouillaud affirme « lobe antérieur ». Pour lui les faits le proclament et il est inconcevable que d'excellents esprits restent fermés à l'évidence. Ramollissements, vieux foyers cicatriciels, tumeurs, abcès, atrophies, fractures du frontal ou du temporal, coups de fleuret ou de parapluie dans l'orbite, tous les faits « bien observés démontrent la doctrine ». La doctrine étant « démontrée », les faits retenus par les doutes, les critiques, les négateurs, seront des faits mal observés : lésion des lobes antérieurs sans aphasia signifiera aphasia inaperçue (1) ; une prétendue aphasia par lésion du lobe moyen sera tout simplement une paralysie de la langue ; et Ferrus, vingt ans avant Broca, imagine pour Bouillaud l'argument précieux des *suppléances* : quand il y a vraiment lésion antérieure et qu'il n'y a vraiment pas aphasia cela signifie que

(1) Il a la chance de pouvoir citer à ce propos un de ces « malades de concours », dont le candidat, même brillant, ne voit pas l'évidente aphasia.

l'autre lobe antérieur ou un autre lobe est venu « suppléer » le lobe malade.

Mais qu'est-ce que le lobe antérieur de Bouillaud ? C'est vaste et vague. Si Bouillaud dit quelquefois « abcès du lobe antérieur gauche en avant des ventricules », d'autres fois « vers le lobe antérieur » lui suffit, et nous ne savons pas toujours si nous sommes sûrement au-dessus de la scissure de Sylvius, en avant de la scissure de Rolando, en avant du thalamus, du strié, de l'insula, si nous sommes à droite ou à gauche.

Tout au lobe et même au pôle antérieur, il néglige, jusque dans les faits qu'il cite, tout ce qui devrait infléchir sa doctrine. Exemples : Fracture frontale droite, hernie qui enlève gros comme le poing du lobe antérieur droit, intelligence et parole intactes. — Un hémiplégique droit n'a plus que trois mots : lésion postérieure, au-dessus du thalamus. — Aphasie typique : deux lésions, l'une devant le strié, l'autre dans le lobe postérieur. — Aphasie encore : pas de lésion visible. — Quand il y a décidément, avec l'aphasie, lésion sylvienne, insulaire, pariétale, striée, il consent à dire : « le cas laisse à désirer ». — Malade tantôt aphasique, tantôt bavard et obscène, Bouillaud attribue son aphasie à une tumeur antérieure droite ; mais il y a aussi ramollissement du lobe postérieur gauche, et Dax fils va venir qui dira : aphasie par le lobe postérieur gauche, bavardage obscène par la tumeur frontale droite. — Malade à paralysies successives, dans l'ordre suivant : bras, jambe, parole ; les trois lobes sont touchés ; ils le sont donc dans l'ordre : lobe postérieur, lobe moyen, lobe frontal. C'est, de longues années à l'avance, l'idée de Broca devant le cerveau de Leborgne.

Si Bouillaud, voyant et touchant des lésions *sylviennes*, a plus que jamais pensé au *pôle antérieur*, il ne faut pas trop le lui reprocher. Comment aurait-il lâché le lobe antérieur pour le lobe moyen quand un foyer pariétal droit lui offrait ceci : hémiplégie gauche, parole conservée, le malade ignore la paralysie et l'existence de son côté gauche ; et, quand il le touche de sa main droite, il s'effraie de « cet homme » ou de « ce cadavre » introduit dans son lit, à son côté. Et ce fait, qui est peut-être le premier cas de syndrome pariétal droit, ce fait n'intéresse pas un instant Bouillaud, tout à son étroit faisceau de pensées.

Clinicien, psychologue, Bouillaud se donnait pour tâche l'établissement du syndrome : perte de la parole, intégrité motrice des organes phonatoires, intégrité de l'intelligence.

Dans les cas parfaits, l'aphasie est totale, la langue est parfaitement agile. Mais nous savons qu'une paralysie passablement

profonde de la langue permet la parole ; dès lors, pour qu'il y ait aphasie, et non pas mutisme paralytique, il n'est pas nécessaire que la langue soit agile, il suffit qu'elle ait encore de passables mouvements volontaires et de convenables mouvements alimentaires. Dans les cas complexes on verra varier indépendamment l'une de l'autre paralysie et aphasie, celle-ci persistant quand celle-là disparaît.

Quand Bouillaud semble faire de l'aphasie une paralysie linguale, il pense à une perte de la seule motricité *verbale* de la langue, avec conservation de sa motricité digestive. Incapable de ses combinaisons motrices verbales, elle peut encore *tous* ses mouvements, tous sont disponibles et répondent à l'appel des fonctions A ou C ; ils n'effectuent plus la fonction B parce que celle-ci est abolie et ne sollicite plus une motilité intacte. — Bouillaud ne pense guère que l'aphasie puisse être due à la lésion d'un centre immédiatement moteur de la langue, à la réduction d'une motilité volontaire qui serait *une* et non pas double ou triple, à un affaïssissement fonctionnel qui ne permettrait plus les mouvements compliqués, changeants et symboliques de la parole, tout en laissant survivre les formes inférieures de la motilité et même les mouvements volontaires simples...

Nulle part ne se précise chez lui la distinction de mouvements linguaux conservés lorsque spontanés, automatiques, instinctifs, ou inclus dans un groupe, perdus lorsqu'ils sont délibérément et isolément demandés et voulus.

L'aphasique, disait Bouillaud, a toute son intelligence. Bouillaud ignore le débat des Condillaciens et des anti-Condillac. Il n'est attentif qu'à l'objection de Trousseau : nos aphasiques montrent une diminution globale de l'intelligence ; prenez un aphasique qui comprenne, montrez-lui trois objets à la fois et demandez-lui l'un d'eux ; il se trompera, moins de deux fois sur trois peut-être, mais souvent ; il juge mal, il se rappelle mal, il n'est pas attentif, il regarde mal, il écoute mal. Bouillaud n'en croyait rien ; pour lui les aphasiques purs résolvent comme le normal le problème des trois objets, ils ont leur mémoire intacte, ils montrent « l'attention la plus pleine », ils ont toute leur intelligence ; les facultés générales de l'entendement ne sont pas atteintes quand est seul lésé le centre du langage.

Pourtant, reprenait-il, l'aphasie est bien une maladie de l'intelligence. Ou l'aphasique a perdu le langage « interne », a oublié les mots et le sens des mots, et cela est évidemment un trouble intellectuel ; ou l'aphasique se rappelle le sens et le mot,

mais il n'articule plus, il a perdu le langage « externe » ; et il a, lui aussi, une maladie de l'intelligence. En effet, il n'est nullement paralytique ; et son mal, que nous appelons une incoordination, n'est pas une ataxie, un bégaiement ou une chorée, c'est la perte d'une connaissance technique ; il ne sait plus parler ; il a toute son intelligence moins une des parties, une des fonctions distinctes, une des sections de l'intellect ; il a perdu une intelligence spéciale, qui est l'art d'articuler. Mais à part cela, il a si bien conservé l'ensemble de ses moyens intellectuels qu'il pourra, s'il n'est qu'aphasique et n'a perdu que la parole, inventer quelque autre moyen d'exprimer sa pensée.

Pour Bouillaud, « perte de la parole », ou alalie, ou aphasie ne signifiait pas seulement la destruction totale et définitive du langage. Il n'ignorait pas les suppressions partielles, les disparitions temporaires, les éclipses, les paradoxes ; pertes partielles et systématiques, perte des noms, perte des verbes, perte d'une langue, du français par exemple avec conservation du patois ; perte de la parole spontanée avec exagération de la répétition instinctive ; perte de la parole ordinaire et conservation du chant ; réapparition soudaine de mots perdus, disparition nouvelle de mots qui paraissaient reconquis ; mots qui ne sont pas perdus mais que le malade rappelle péniblement et avec une lenteur agaçante, mots que le malade dit fort bien tout en oubliant aussitôt qu'il les a dits ; substitutions de mots : « drap pour plume, plume pour crachoir, tasse pour main, main pour corde et crachoir pour bague » du malade de Martinet ; mots nouveaux ou assemblages nouveaux et surprenants de sons et de syllabes...

En attendant les observations-fleuves de la fin du siècle, Bouillaud nous donne, parmi trop d'observations réduites à une étiquette, une observation de onze grandes pages, qui vaut du très bon Trousseau et le meilleur Broca. Nous y relevons, au hasard, la difficulté de nommer, la difficulté (consciente) de « phraser », la lecture à haute voix de tout autre chose que ce qui est écrit, des réapparitions et éclipses alternatives de mots et de noms, la reconquête de systèmes de mots, « les mots relatifs au temps » par exemple, des substitutions nominales, syllabiques ou littérales... et enfin du bavardage, un bavardage étrange, où pullulent des mots « qu'on ne peut ni comprendre, ni retenir, ni noter, chaos verbal ou grammatical, délire verbal automatique sans délire intellectuel » (1).

(1) La prescience de la paraphrasie n'appartient donc pas, en 1865, au seul Baillarger. Bouillaud en a une part et il a la priorité.

Qu'opposait-on à Bouillaud ?

Il rappelait lui-même les critiques de Lallemand, dont les célèbres « Lettres » contenaient assez de faits pour fonder ou combattre, avec la doctrine de Bouillaud, une ou plusieurs doctrines contraires. Lésions diverses pour un même syndrome, syndrome divers pour une même lésion, semblait dire Lallemand.

Andral opposait à Bouillaud la première statistique : 37 cas de lésions des lobes antérieurs dont 16 sans troubles de la parole, et 14 cas de perte de la parole avec lésions du lobe moyen, du lobe postérieur, du corps strié...

Cruveilhier avait fait ses objections dès 1825. En 1839-40 il les maintenait. Si inconcevable qu'il fût pour lui, comme pour Trousseau, une intelligence sans mots, il acceptait (puisque les mots sont arbitraires et puisque les faits sont là) une perte de la parole sans perte de l'intelligence. Même acquiescement à la thèse : perte de la parole sans paralysie de la langue. — Mais comment croire à un trouble de la coordination motrice lorsqu'on voit le malade parfaitement articuler les mots qui lui restent et ceux qu'il retrouve par instants ? Et comment croire à un trouble de la mémoire des mots quand on voit des malades comprendre ce qu'on leur dit, approuver si on leur dit le mot qu'ils cherchent et écarter les mots impropres qu'on leur offre ?

Quant à la localisation, comment négliger les faits négatifs — lésions des lobes antérieurs sans troubles de la parole — et la masse des faits positifs contraires à Bouillaud — troubles de la parole avec lésions s'étageant de la sylvienne à la protubérance ? Qu'est-ce enfin que ce lobe antérieur qui occupe le tiers sinon la moitié du cerveau, et où Spürzheim mettait une douzaine de fonctions ?

Parchappe n'apporta rien mais fit observer que s'il est bon de localiser, et de localiser dans les circonvolutions, il ne faut pas oublier l'unité de l'intelligence, l'unité organique du cerveau et l'homogénéité de l'écorce. Il se demanda s'il est nécessaire de superposer un appareil coordinateur à l'appareil qui détermine les mouvements.

Dans le discours de Piorry, alourdi de néologismes, on trouve :

1° circonvolution ne signifie pas organe, et un pli n'est pas fatalement une frontière physiologique ;

2° l'aphasie n'existe pas, puisque les observateurs ne lui ont pas trouvé son organe et sa lésion ; capricieusement absente ou

présente, elle n'est, loin des maladies ou syndromes réels, qu'un lot de « symptômes irréguliers » ;

3° enfin, les localisations ne vont guère avec un symptôme trop fréquent de ces destructions de prétendus centres : tel mot impossible aujourd'hui, oublié, détruit, reparait demain ; la destruction de son centre ne l'a donc pas détruit.

Trousseau, si fin, n'objectait rien à la mécanique de Bouillaud et il apportait ses « invraisemblables » exemples de la multiplicité des sous-fonctions et des sous-centres du langage. Il renchérisait sur l'opposition entre aphasie et paralysie et il revenait à l'exemple trop classique du piano et du pianiste : le paralytique étant le pianiste intact devant un piano brisé, et l'aphasique un pianiste « paralysé » devant un piano intact. — Contre Bouillaud et plus que Cruveilhier, il doutait de l'intelligence des aphasiques ; il ne séparait pas — en bon Condillacien qu'il se vantait d'être — l'Intelligence du Langage et l'Idée du Mot. — Sur les localisations enfin il apportait sa statistique : 125 cas pour Dax, 10 contre ; 18 cas pour Bouillaud, 16 contre ; 14 cas pour Broca, 18 contre. Assez nettement, *le premier* dans cette discussion, il faisait de l'aphasie et de sa grande cause (le ramollissement) un syndrome et une lésion de la Sylvienne.

Baillarger sentait vivement les paradoxes de l'aphasie, au point d'être aussi près que Bouillaud de décrire la paraphasie et les bavardages de la surdité verbale. Il note que l'enfant qui apprend à parler apprend des sons et non des mouvements, toute mémoire étant conscience et les mouvements phonatoires de l'enfant étant inconscients en tant que mouvements. Sans doute il croyait nécessaire d'accepter, à défaut de mémoire motrice psychique, une coordination cérébrale des mouvements ; mais il lui déniait un organe à elle, car, disait-il (oubliant qu'il venait de chasser les coordinations de la conscience), ce serait vouloir un appareil de l'association des idées. — Au sujet des mots tour à tour perdus ou retrouvés par l'aphasique, il pense qu'ils sont perdus pour la volonté réfléchie, et retrouvés par l'émotion, les coordinations organiques, l'automatisme. Il cite, après Winslow, l'impossibilité de dire une lettre isolée alors qu'on la prononce fort bien, même difficile, dans un mot. — Ni amnésique puisqu'il écrit, ni incoordonné puisqu'il dit fort bien des mots très difficiles, l'aphasique est « un malade... des rapports entre la volonté et l'instrument... », et Baillarger tombe à son tour à l'exemple du piano ; pour lui, piano et pianiste sont intacts tous les deux mais séparés.

Oublié, Rochoux fut le plus rude adversaire. — Entre parole perdue, parole conservée, lobe antérieur lésé, lobe antérieur sain, toutes les combinaisons sont également possibles, et les faits négatifs sont peut-être les plus décisifs. Pas de troubles de la parole dans un cas à trois foyers (dans les deux lobes antérieurs et dans un lobe moyen). La célèbre idiote de Cruveilhier maniait fort bien son petit vocabulaire malgré l'absence de lobes antérieurs. Le carrier de Bérard avait eu le frontal enlevé par l'explosion d'une mine ; on voyait la bouillie de ses lobes antérieurs, et il parlait parfaitement. Le coiffeur de Velpeau était bavard, cynique et fort clair malgré le squirrhe qui détruisait ses lobes antérieurs. — Rochoux opposait aux faits trop simples de Bouillaud un malade disant ou écrivant un mot *au vol* et incapable de *l'épeler* ; mais l'imagination seule de Rochoux créait ce beau cas ; le malade appartenait à Campagnac qui avait envoyé son observation à l'Académie, et, très simplement, il était obligé *d'épeler* ce qu'il ne pouvait plus lire, dire ou écrire *au vol*. Rochoux n'était nullement ébloui par les blessés du lobe antérieur auxquels on coupait la parole en comprimant ledit lobe antérieur ; pour lui on obtiendrait le même résultat en comprimant le cerveau n'importe où. Il raillait le dernier moyen de défense des localisateurs, le moyen imaginé par Ferrus : quand il n'y a pas aphasie malgré une lésion du lobe frontal, c'est qu'il y a *suppléance* par un autre lobe. Il apportait enfin, contre la métaphore du piano et du pianiste, sa comparaison personnelle : le cerveau n'est pas assimilable à une série de cordes et de touches, mais à un appareil tel que le larynx, qui, pour chaque son, fonctionne tout entier ; remarque et comparaison inécoutées qui rappelaient inutilement à Bouillaud, à Trousseau et à Baillarger que le cerveau n'est pas une mécanique mais un organisme.

L'offensive de Rochoux a lieu en 1840 et 1848. En 1865, Baillarger et Trousseau se préoccupent moins d'attaquer Bouillaud que de bâtir eux-mêmes quelque chose, et avec les matériaux fournis et travaillés par Bouillaud. Ferrus, Belhomme, Bonnafont, Voisin... suivent Bouillaud. Il est le maître, il est le fondateur. Un Broca, fort méritant sans doute, n'étant après tout qu'un metteur au point et un propagateur de la doctrine.

Et, pourtant, Bouillaud pouvait justement s'écrier, dans le noble langage d'alors, « operam et oleum peridi ». Dans sa certitude (lobe antérieur = parole) il avait offert un prix de cinq cents francs à qui prouverait le contraire. Ce fut un grand



chirurgien, Velpeau, qui releva le défi (1). Il rappela, comme digne du prix, le *cas du coiffeur*. Ce cas datait de 1843 ; on le connaissait, Rochoux s'en était servi, Bouillaud s'en méfiait. Velpeau, après les discours des maîtres de l'aphasie, en fit d'un mot le cas décisif. Le malade était bavard, cynique et caustique ; deux heures avant de mourir il parlait encore fort bien, et pourtant un gros squirrhe avait détruit son lobe antérieur. « Si donc, » achevait Velpeau, c'est dans le lobe antérieur qu'est le législateur du langage, c'est un fameux gaillard. »

D'autres mots fusèrent. En vain Bouillaud s'écria : « M. Velpeau a vu un miracle. Ou je suis fou, ou il n'y a pas de fonction sans organe et d'organe détruit sans perte de la fonction. » Voisin conteste vainement l'essentiel : la prétendue intégrité de la parole du malade et la soi-disant destruction du lobe frontal, plus probablement refoulé par une tumeur méningée (2). L'instant n'était pas à l'étude réfléchie des faits. J. Guérin précisa férocelement : les centaines de cas positifs de M. Bouillaud sont des centaines de coïncidences entre aphasie et lésion du lobe antérieur ; nous ne voulons pas une coïncidence mais une relation ; le cas de M. Velpeau prouve l'inexistence de cette relation ; il suffit, « c'est la ruine totale de la théorie ». L'Académie Impériale suivit ; Deguise rappela le carrier de Bérard, aussi digne du prix que le coiffeur de Velpeau, et c'est sur la négation des appareils cérébraux du langage que Cerise leva la dernière séance (3).



L'essentiel des travaux de Broca était déjà paru. Nous devons essayer d'en voir l'aspect actuel et la valeur (4).

(1) Discussion de 1865.

(2) Ferrus avait déjà remarqué cette grave difficulté de toute discussion sur des lésions cérébrales : les faits « de basse qualité », les tumeurs notamment.

(3) Le 13 juin 1865, à cinq heures.

(4) Dans l'éloge de Bouillaud par Bergeron, puis par Roger, et dans l'intéressante thèse de Dejeant (Paris, 1930), peu de chose sur l'œuvre, mais d'excellentes notations sur la vie et le caractère de Bouillaud..., le conscript volontaire de 1815, l'homme « honnête jusqu'à la candeur », le modèle du Bianchon de Balzac.

C'est à la thèse de Dejeant que nous empruntons le portrait de Bouillaud-Bianchon, d'après le tableau de Lehmann. (Travail de l'Asile de Bordeaux).

# LE PLACEMENT FAMILIAL DES ALIÉNÉS ET DES PSYCHOPATHES

*Sa portée médicale et sociale*

PAR

JACQUES VIÉ

## VALEUR THÉRAPEUTIQUE DU PLACEMENT FAMILIAL <sup>(1)</sup>

Le placement familial des malades mentaux n'est pas seulement un mode économique d'assistance. Il exerce, comme on vient de le voir, une influence profonde sur les individus placés. Lwoff avait bien défini le placement familial une *vie libre sous surveillance médicale continue*. Au sortir des Asiles, l'activité résiduelle des malades s'exprime à nouveau et s'épanouit sous l'incitation spontanée de l'ambiance. L'élément *familial* apporte un milieu restreint dans lequel ces stimulations agissent de façon élective. Et le cadre lui-même du placement à la *campagne* présente des conditions physiques et chimiques sur l'importance desquelles a insisté M. Sano.

En réalité, la valeur thérapeutique du placement familial repose sur des bases complexes comme l'action naturelle qu'elle représente. Nous les étudierons tout d'abord, puis nous précisons les indications thérapeutiques de la méthode, c'est-à-dire la mesure de l'amélioration qu'on peut attendre pour chaque groupe de cas, ainsi que les procédés qui ont été préconisés pour en obtenir le maximum d'efficacité.

(1) Voir *Annales Médico-psychologiques*, juin-juillet 1940, page 1 ; octobre 1940, page 110 ; janvier 1941, page 1 ; février-mars 1941, page 121. Cette cinquième partie termine l'important mémoire de M. J. Vié auquel l'Académie de Médecine a décerné le *Prix Baillarger* (1940). (N.d.J.R.).

### Facteurs thérapeutiques du placement familial

« L'adaptation au milieu nouveau, dit M. Sano, suppose donc une modification dans les habitudes physiologiques, dans l'ensemble des occupations et des idées, une modification telle que le malade se trouve comme rénové et tout différent de l'état antérieur à la crise, qui a provoqué son admission. »

Aux facteurs psychologiques s'ajoutent des facteurs physiologiques, bio-physiques et bio-chimiques. Nous n'insisterons évidemment pas ici sur la possibilité de continuer grâce aux infirmeries et à leurs annexes, aux médecins spécialisés et aux infirmiers-visiteurs, les médications pharmacologiques, périodiques ou habituelles de la syphilis, de l'épilepsie, des divers états neuro-psychiatriques, etc... L'organisation actuelle les rend très facilement applicables, et nous ne les mentionnons que pour bien éliminer toute crainte d'une opposition possible entre l'esprit des méthodes.

### FACTEURS PHYSICO-CHIMIQUES

On ne les a peut-être pas suffisamment mis en valeur. Au premier abord, ils paraissent accessoires : ce n'est pas par raison d'hygiène publique qu'on a placé les malades à la campagne. Et puis, la climatothérapie des maladies mentales et nerveuses ne groupe encore que des données bien fragmentaires : des recherches scientifiques, possibles en Colonies familiales, pourraient fournir des renseignements précieux.

Le point capital est donc la *vie au grand air*. Elle s'oppose en tout à la sédentarité de l'asile où, confinés en nombre toujours trop grand, les malades, pour tout exercice, se contentent de parcourir, de long en large, la cour du quartier. Ici, la moindre promenade est salutaire. L'air assaini par le voisinage des grandes forêts leur doit, avec sa pureté, la constance du degré hygrométrique et la modération des changements de température. L'activation des échanges respiratoires amorce la rénovation du métabolisme.

En second lieu, l'*alimentation* de nos paysans est à prédominance nettement *végétarienne*. Elle s'en tient, le plus souvent, en viande de boucherie, au chiffre réglementaire. Les produits de la basse-cour, volailles, œufs, le laitage, tout frais, sont utilisés sur place. Les légumes abondent et dans la saison, les fruits

apportent leur contingent de vitamines. Le régime est donc aussi peu toxique que possible.

Il n'est pas jusqu'à la composition du sol qui, pour Sano, n'apporte son action sédative. Les régions sablonneuses des bruyères sont les plus pauvres en chlorure de sodium. La proportion en est « moindre dans l'air, dans les aliments, dans les êtres qui y sont acclimatés, moindre qu'en tout autre contrée » (Sano). Or, le chlorure de sodium, excitant des échanges et de la conductibilité électrique des liquides, stimule trop les réactions nerveuses chez les chroniques dont la maladie a épuisé les réserves. On connaît les mauvais résultats pour les nerveux, du séjour au bord de la mer.

L'ensemble de ces conditions se révèle excellent pour les artério-scléreux et les insuffisants cérébraux de tout ordre qui forment le plus gros contingent des chroniques. La suralimentation en féculents, parfois en viandes ou en conserves, et l'abus des graisses dans la préparation des mets leur sont trop souvent contraires dans la nourriture des asiles.

Par contre, en placement familial, on s'assure de la régularité de l'alimentation par des pesées pratiquées régulièrement lors des bains.

Très souvent, on constate dans les premiers mois une réduction des obésités acquises par la sédentarité de l'asile, et aussi, fréquemment, chez les sujets maigres et dépourvus d'appétit par suite du manque d'exercice, une augmentation pondérable rapide. Puis chacun se fixe à son poids d'équilibre, qui, dans la suite, ne varie plus.

Une autre preuve de la valeur hygiénique du régime se trouve dans la longévité des pensionnaires, qui a pour corollaire une faible mortalité. Le pourcentage des décès oscille entre 3 et 5 %. Il est en rapport avec l'âge assez avancé des femmes, avec la fréquence de l'artério-sclérose chez les hommes. Pour 1936, la mortalité était à Dun de 3,01 % des malades traitées ; de 3,40 % par rapport à la population moyenne. A Ainay, les chiffres correspondants étaient de 3,08 % et de 3,58 %. Ces taux sont en somme très faibles et dénotent un état sanitaire excellent. Sur les 21 malades décédés à Ainay en 1936, 17 avaient plus de 50 ans (dont 7 au-dessus de 70 ans) ; et la durée de leur séjour antérieur à la Colonie s'élevait pour 10 d'entre eux à plus de 10 ans (pour 3 de ces derniers, il dépassait 30 ans). Il n'est pas besoin d'insister sur la valeur démonstrative de ces indications.

## FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX

Les facteurs physico-chimiques ne constituent pas l'essentiel de la cure. Sans doute offrent-ils des conditions meilleures de réussite, mais avant tout, le placement familial est *une méthode de rééducation psychologique et sociale spontanée*.

*Reprise affective avec le milieu normal*

Selon le mot de Griesinger, il « donne au malade ce qu'il ne peut avoir à l'établissement le mieux tenu du monde, c'est-à-dire la vie parmi les normaux en une communauté naturelle, le bienfait de la vie de famille ».

Le malade retrouve l'usage de la *liberté et de la vie normale* mais elle lui est rendue dans un *milieu spécial, neutre, simple et naturel*, dans lequel il n'est ni abandonné à lui-même, ni soumis aux nécessités de la lutte pour la vie.

Ce milieu est entièrement nouveau pour le malade auquel ne l'attache aucun lien affectif préexistant. Nous avons indiqué combien il lui était fâcheux ou pénible de se retrouver dans sa famille au sortir d'une crise aiguë qui souvent l'a opposé à elle. Les idées délirantes, les causes d'antagonisme ou seulement même le souvenir de celles-ci, des maladresses psychologiques réciproques s'opposent à une franche reprise de contact. Le placement familial apporte un milieu *affectivement neutre*, et bien préparé à une complaisante indulgence. Aucune question indiscrète n'est posée, le malade s'ouvre progressivement et sans contrainte, le nourricier ignorant son passé demeure forcément objectif. La simplicité de la nouvelle famille (bien entendu, lorsque cette simplicité n'atteint pas un degré trop fruste) est encore un facteur favorable. La mise en confiance et la *reprise affective* se font sur un *plan inférieur* au niveau habituel du sujet. La vie reprend pour celui-ci sur un mode infantile qui répond bien à l'insuffisance cérébrale, transitoire ou définitive, laissée par la phase aiguë de la psychose. L'affectivité résiduelle du débile, « froissé des moqueries des adultes, se complait aux jeux des enfants ». « Le dément précoce se prend d'amitié pour les animaux. Il retrouve le contact affectif avec les êtres vivants par l'intermédiaire d'une araignée ou d'une mouche ; la caresse du chien le fait rougir. S'il consent à mener la chèvre ou la vache le long des routes, il est sauvé » (Sano).

Tramer (de Soleure) a bien analysé, à l'occasion d'un cas de catatonie, les étapes de cette réintégration affective, ou, pour

employer le mot de Tramer, de cette mobilisation de l'affectivité. A l'amitié pour l'hôtesse, femme encore jeune, à la libération de l'instinct maternel, grâce à la présence du petit enfant de l'hôtesse, s'ajoute la situation de la malade dans sa nouvelle famille, analogue à celle qu'elle avait, avant sa maladie, chez ses frères où elle faisait le travail de la maison, auprès de sa mère qu'elle secondait continuellement. Enfin, le père nourricier, homme calme et d'une bonne moralité, contrastait avec le père de la malade, déséquilibré grossier et tyrannique. Il lui apportait une représentation plus humaine de la notion de « père ».

Le milieu de la famille nourricière, simple et probe, est donc l'élément capital de la rééducation du malade. Il répond à ce triple besoin d'amour, de protection et d'idéalisme que Sano retrouve, en dépit de leur réduction, chez tous les aliénés. Si les expressions, avec les degrés de l'affaiblissement, en deviennent de plus en plus ébauchés, du moins, tant qu'une lueur en subsiste, peut-on garder l'espoir d'un résultat pour la thérapeutique morale « dont va dépendre la reprise du désir de vivre ».

### *Récupération de la valeur humaine*

La vie du malade dans les asiles accumule les conditions les plus défavorables pour le maintien et la reprise de la synthèse personnelle. La brusquerie — souvent la brutalité — de l'entrée, la multiplicité des changements de service avec la répétition des interrogatoires, le retrait de tous les objets personnels, la suppression même pour les femmes mariées de leur nom de famille et son remplacement par le patronyme traduisent le manque de tact et l'emprise tyrannique des routines administratives. Ces brimades inutiles sont à l'origine de nombreuses idées délirantes. Jusqu'aux dernières heures de la vie, jusqu'aux degrés les plus profonds de la démence, les malades gardent de ce début de l'internement un souvenir d'horreur. Une fois qu'ils se sont pliés à « l'ordre passif » d'une discipline invariable, toute initiative leur demeure interdite. Ils sont bridés par une réglementation de tous les instants, la promiscuité de sujets atteints de psychoses très diverses ajoute à leurs propres douleurs un motif d'afflictions multipliées. Tout sentiment de la personnalité demeure anéanti. Les délirants chroniques se voient englobés dans des mécanismes complexes qui disposent d'eux à leur gré. L'étude de ces thèmes collectifs des vieux délirants de l'asile amorcée autrefois par Eug. Charpentier, mérite d'être reprise. Ces sujets apparaissent à leur famille beaucoup plus atteints qu'ils ne le sont en réalité.

Nous avons eu l'occasion d'en suivre un lot d'une quinzaine, amenés en bloc à Ainay, d'un asile de province où ils séjournaient tous depuis 20 ans. L'uniformité de leurs conceptions délirantes, l'inexpressivité de leur physionomie, leur absence de détermination spontanée, la désorientation complète de ces vieux malades étaient impressionnantes. Il fallut des mois pour qu'ils acquièrent à nouveau une vie autonome, *pour qu'un diagnostic psychiatrique redeviennne possible, pour qu'ils se différencient un peu les uns des autres*. Nous avons eu la satisfaction de réaliser la sortie de l'un d'eux, remis en relation avec sa famille, et qui, au décours d'un délire ancien, ne présentait plus à 70 ans qu'un affaiblissement artério-scléreux peu profond.

La liberté et l'ambiance normale sont les deux pôles de cette reprise de la spontanéité mentale. Tous les médecins de l'assistance familiale insistent sur cette *récupération de la valeur humaine*. La simple autorisation d'aller et de venir librement, la nécessité de rentrer manger à l'heure, restituent l'exercice des fonctions d'orientation dans le temps et dans l'espace. La possession d'une chambre personnelle, d'un meuble où se rangent les habits, la permission d'avoir des objets personnels font renaître le sentiment de la propriété : certaines de nos malades ont pu emmener à Dun les reliquats de l'héritage de leurs parents et se refaire un foyer meublé de leurs propres souvenirs. Et le besoin d'activité, si profondément ancré en chacun de nous, trouve pleinement à se satisfaire. Le travail, on l'a vu, n'en est ni la forme obligatoire, ni l'expression unique. Loin de là. Le placement familial peut répondre à des aspirations très diverses, ainsi qu'à des capacités résiduelles bien différentes. *Le contact permanent avec la vie sociale constitue par lui-même un procédé de rééducation* « par le seul fait, dit Aug. Marie, que libre dans les rues, elles s'y promènent à leur guise, nos malades ne sont jamais inactives et participent dans une certaine mesure à l'existence commune. Elles ont une vie intellectuelle plus active qu'elles n'auraient à l'asile, même si à l'asile elles passaient leurs journées à éplucher des légumes ou à effiler de la laine ».

Et M. Sano, avec un brin d'humour, a fait une juste apologie de la liberté dans le traitement des malades mentaux. « Entre le malade de l'asile et celui de la Colonie, écrit-il, il y a la même différence qu'entre le lion de ménagerie et l'animal nerveux qui circule dans la brousse, qu'entre le chien et le loup de la fable », que si vous leur trouvez, à nos malades, quelque mine souffreteuse et cet aspect de « cancrs, hères et pauvres diables, dont la condition est de mourir de faim », impression qu'ils firent sans

doute sur Esquirol et sur Falret, songez que leur avantage est de « courir encore »...

De leurs comportements fondamentaux, seul le besoin sexuel demeure insatisfait. Nous avons indiqué les aspects objectifs de la question. Ces besoins sont chez les insuffisants cérébraux très émoussés. Les autres ont une certaine facilité d'y trouver des solutions normales. Toujours est-il qu'en Roumanie, Mares Cahane a soulevé le problème de la stérilisation des chroniques, préalable au placement familial, et qu'il préconise à cet effet une propagande active en faveur de la stérilisation volontaire dans les hôpitaux psychiatriques. Mais cette mesure n'a pas de raison d'être chez les hommes, qui, même opérés, ne seraient pas moins susceptibles d'atteintes à la pudeur. Quant aux femmes, l'importance de l'intervention semble vraiment grande par rapport au faible nombre des grossesses...

L'action psychothérapique du placement dépasse ces sphères inférieures et atteint les fonctions les plus élevées de la personnalité. Avec le réveil de l'initiative, la reprise des contacts sociaux fait renaître les notions ethniques et particulièrement le *senti-*  
*ment de la responsabilité* et de la *dignité personnelle*.

Le dogme de l'irresponsabilité pénale des malades mentaux a consacré une dénomination fâcheuse dont Gilbert Ballet a fait une pénétrante critique. Mais cette erreur terminologique a eu, sur la conception même du psychisme morbide et sur l'attitude des thérapeutes, des conséquences autrement regrettables. L'aliéné est devenu un véritable *noli me tangere* dont nul n'ose contrecarrer les méfaits ni les extravagances, et qu'on se croit obligé de laisser stagner dans une impuissance qui pourtant n'a rien d'absolu.

Avec notre ami, le D<sup>r</sup> Sengès, avec Hermann Simon (de Gütersloh), avec M. Repond et l'Ecole suisse, nous nous refusons à admettre, sur le plan psychologique, l'absence de tout contrôle et de toute retenue de la part de l'aliéné. Nous estimons au contraire que notre devoir le plus strict est de réveiller chez le malade, d'une façon continue, la distinction du réel et du délire, de l'acte normal et de la réaction antisociale. Il ne s'agit pas de réduire par le raisonnement, les paralogismes reposant sur des convictions inébranlables ; Leuret, d'ailleurs, en s'appuyant sur la douche, mettait en jeu d'autres rouages psychiques, et il l'a bien dit lui-même. Mais, en se plaçant dans le domaine de l'action, il faut qu'au contact des faits et même s'il maintient une identification délirante, une superstructure hétéronome, le malade soit amené à bien saisir la sanction pratique de ses actes.



Dans ce sens, le placement familial possède une remarquable valeur, qu'exprime bien le D<sup>r</sup> Kate Fraser : « Je me suis formé, dit-elle, une opinion très élevée du placement familial et je considère qu'il y aurait grand avantage à le développer. Non seulement il élargit l'intérêt du malade, mais dans bien des cas, il élève le sentiment de la responsabilité et du respect de soi-même. J'ai trouvé bien des malades qui, dans les fermes, répondaient à leur travail avec diligence, conscience, et un orgueil naturel de leurs capacités. Ce n'est pas seulement une chose excellente en elle-même, mais elle démontre que des malades convenables, quoique certifiés déficients mentaux, pouvaient être aidés à devenir des membres utiles de la société. » Et Mares Cahane insiste lui aussi sur la récupération, par le placement familial, « d'éléments productifs ».

Indépendamment des facteurs antitoxiques, vie au grand air, alimentation très végétarienne, et de l'action sédative incontestable de la vie rurale, *le mode d'action spécifique du placement familial* réside donc dans une *psychothérapie sociale spontanée* : réadaptation du malade à un milieu familial, *neutre, proche, mais simple* ; sous un régime de liberté aussi grande que possible, s'y établit *une récupération de la valeur humaine*, très individualisée — cure d'occupation et source de sympathie — proportionnée aux possibilités de chacun.

### Les indications thérapeutiques

La statistique des sorties en liberté montre bien qu'en France, les Colonies familiales fonctionnent avant tout comme un *moyen d'assistance aux chroniques*. Le nombre des sorties est resté très faible, très irrégulier, l'appoint des convalescents des asiles a toujours été minime et en quelque sorte, accessoire. Il s'est nettement accentué dans ces dernières années. Si bien qu'étudiant ici les indications thérapeutiques du placement familial, nous distinguerons les deux objectifs qu'elle peut se proposer :

1° *récupération sociale complète* ayant pour but la sortie définitive et la reprise d'une vie normale indépendante ;

2° *utilisation et développement des capacités résiduelles* ayant pour but l'adaptation à la vie réduite du placement familial et éventuellement reprise ultérieure par la propre famille du malade.

## RÉCUPÉRATION SOCIALE COMPLÈTE

Une récupération complète peut être recherchée chez les convalescents d'accès aigus, ainsi qu'à la suite de certaines psychoses réactionnelles plus fréquentes en ces années de crises économiques et d'instabilité sociale. On observe aussi des récupérations complètes chez des malades qui ont longtemps séjourné dans les asiles et ne conservent plus que des séquelles fonctionnelles.

Tandis qu'à peine 14 malades, de 1929 à 1931 répondent pour Ainay, à cette catégorie, nous en avons compté 6 en 1932, et depuis lors le chiffre en a atteint une dizaine.

1. Il s'agit de convalescents d'accès périodiques, confusionnels et particulièrement alcooliques, d'accès d'excitation ou de dépression symptomatiques de débuts de la démence précoce, d'accès hallucinatoires aigus.

Chez tous ces sujets, dépourvus de famille, la Colonie a permis une reprise progressive de l'activité dans de bonnes conditions hygiéniques, et ils ont quitté Ainay lorsqu'ils ont pu s'assurer de leur avenir.

2. Nous voudrions insister plus spécialement sur la convalescence des *sociopathies réactionnelles*. En 1936, nous avons publié six cas de réactions psychopathiques ébauchées en rapport avec des difficultés sociales chez de jeunes déséquilibrés. Chez tous, on relevait l'inexistence ou le relâchement des liens familiaux : ils ne trouvaient de ce côté aucun recours. Le seul qui correspondait avec sa mère, elle-même revendicatrice et mythomane, n'en recevait que des directives fâcheuses. Ces déséquilibrés frustes et isolés devenaient des proies toutes désignées pour les difficultés de la vie. L'un succombe à cette *période critique post-régimentaire*, qui, à l'issue du service militaire, trouve le jeune homme sans situation. Les autres étaient les victimes de la crise économique. Après une *phase de désarroi*, avec instabilité et inquiétude, ils avaient fait des tentatives de suicide, des crises convulsives atypiques, et, chose curieuse, l'hôpital général n'avait apporté à aucun de ces « petits mentaux » la sédation nécessaire. Seuls les murs de l'Asile avaient fait renaître en eux le sentiment de sécurité avec la possibilité d'un séjour sans échéance trop proche. Et dans le milieu des Colonies était revenu l'espoir. Trois d'entre eux avaient quitté avec la certitude d'un emploi.

3. Une autre catégorie de malades chez lesquelles la Colonie joue un véritable rôle de régénération est celle de petits *déséquilibrés* (plus ou moins débiles) qui, à la suite des *circonstan-*

*ces familiales désastreuses* dans lesquelles ils ont vécu, ont commis des actes délictueux qui les ont fait taxer de *perversion*.

Voici un jeune homme de 17 ans, Raymond G. Il est interné pour avoir rendu sa sœur enceinte.

Le père est mort des suites de la guerre. La mère n'a aucune autorité. Deux des filles sont mariées. La troisième, qui fut la victime, semble nettement anormale. Elle avait 22 ans, et le jeune homme en avait 15 lors des faits incriminés qui se passèrent chez une tante tout à fait incompréhensive. Habituellement indifférente, par moments érotique, sujette à des colères subites, la jeune fille semble être une déséquilibrée, peut-être une hébétéphrène.

Raymond, bien constitué, apparaît à l'asile de Villejuif, intelligent, discipliné, éduable (Paul Abély). Nous tentons le placement avec un plein succès et confions le jeune homme à un boulanger d'Ainay, qui en fait son mitron et s'en montre extrêmement satisfait. Au bout d'un an, nous l'envoyons en sortie d'essai travailler chez un boulanger d'un chef-lieu de canton voisin, en continuant à le surveiller de temps à autre. Là encore, on est très content de lui, il faut une nouvelle année avant que la mère se décide à demander la sortie.

Raymond, qui a définitivement adopté le métier dont nous l'avons doté, se place comme ouvrier boulanger dans une petite ville voisine.

Dans le cas suivant, il s'agit d'un *débile instable, petit délinquant qui ne pouvait se maintenir dans les œuvres de redressement*. Son passage à la Colonie, en dépit de bien des anicroches, lui a été salutaire et paraît l'avoir rendu à la vie normale dans des conditions moins mauvaises.

Charles R. a perdu sa mère à 13 ans. Son père alcoolique, qui vit avec une autre femme, le met à la porte à l'occasion d'une colère. L'enfant, qui a 16 ans, se réfugie à l'Armée du Salut, et il est placé au patronage Florent Matter. Le Service social de l'Enfance en danger moral donne sur ce placement la note que voici : « En 1929, Charles nous avait donné tant de difficultés que nous l'avons confié à un patronage de jeunes gens qui l'avait placé chez des paysans à la campagne. Mais Charles a lassé la patience de tout le monde et s'est fait renvoyer pour caractère difficile et brutalités envers les animaux. »

Il est interné en 1932 à 19 ans et arrive à Ainay en décembre. C'est un petit jeune homme chétif, porteur d'une laryngite chronique et d'une adénopathie généralisée ; de caractère difficile et emporté, il est placé chez une nourricière bonne, mais énergique. Souvent il est prêt à lui répondre, prétend rentrer tard, fait quelques excès de boisson. Elle lui fait un carré personnel dans son jardin, le stimule et

l'intéresse. L'état physique d'abord s'améliore, puis à partir de 1934 le caractère devient moins irrégulier.

Pour la Saint-Jean de 1935, nous l'autorisons à aller à une louée de domestiques de ferme et il est occupé dans une ferme aux environs de Moulins. Il s'y adapte, y passe deux ans. Nous avons appris depuis qu'il était parti au service militaire.

Ce que n'avaient pu les paysans qui reçoivent les enfants des patronages, nos nourriciers l'avaient réalisé. Comment expliquer cette meilleure réussite ? L'habitude des aliénés donne une aptitude beaucoup plus objective et l'appui constant de la surveillance médicale, la proximité de la Colonie maintiennent les malades fortement encadrés.

4. Dans une quatrième éventualité, il s'agit de malades qui à l'issue de crises délirantes, sont restés de longues années dans les asiles : leur famille redoute la réapparition d'un délire dont ils ne parviennent justement pas à abandonner le vocabulaire dans l'ambiance délirante où ils se trouvent. Le placement familial rompt le cercle vicieux qui ne résiste pas à l'amour de la liberté.

Léon Ch., ancien chasseur parisien, avait été interné en 1925 pour ses nombreux projets de réforme religieuse et sociale. Il voulait que tout le monde se fit circoncire pour pallier aux origines de l'injustice et de la criminalité, et le prosélytisme qu'il manifestait auprès de sa clientèle l'avait contraint à fermer son magasin. Des démarches répétées auprès du Ministère des Travaux publics pour faire adopter un revêtement supérieur au macadam achevèrent son malheur. L'excitation hypomaniaque s'était dissipée au cours des années, et dix ans plus tard, Ch. ayant monté, dans son asile, un véritable atelier de cordonnerie, un incident se déclencha et nous recueillîmes Ch. à la colonie. Parfaitement inoffensif, excellent travailleur, il comprenait enfin la nécessité de se taire ! « Mes boniments, reconnaissait-il, ont perdu ma situation et celle de ma famille. » Sa femme, sa fille s'étaient établies dans une petite ville peu éloignée. Elles eurent beaucoup de difficulté à admettre l'innocuité du pauvre homme. Au bout de plusieurs visites, elles comprirent que l'amélioration serait durable. Et après quelques mois de placement familial, Ch. rentrait tout heureux au milieu des siens. Aujourd'hui, il est redevenu, à la tête d'un magasin de chaussures dans sa petite ville, un commerçant actif et agréable, qui utilise son esprit toujours fertile dans le domaine limité où le confine sa prudence...

Nous venons d'indiquer quelques types de malades chez les-

quels le placement familial par *sa seule action spontanée*, sous direction médicale, a opéré de vraies résurrections sociales.

Est-il possible de faire mieux, et surtout d'augmenter le nombre des bénéficiaires ? Nous avons constaté les faibles ressources qu'offraient pour les bons travailleurs nos régions de colonisation. C'est un écueil bien regrettable. Ne pourrait-on étendre et renforcer cette action en introduisant des méthodes d'ergothérapie rationnelle ? Nous en discuterons en esquisant « l'avenir du placement familial ».

#### UTILISATION ET DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS RÉSIDUELLES

1. Dans la majorité des cas, on ne peut espérer un retour à l'état normal, puisqu'il s'agit de séquelles d'affections organiques : encéphalopathies infantiles, qui ont laissé une arriération plus ou moins accentuée ; artério-scléroses cérébrales d'emblée ou survenues au cours de psychoses ; démences précoces ou affaiblissement sénile ; états évolutifs des psychoses hallucinatoires chroniques, etc... Ces sujets sont, à proprement parler, des infirmes, des invalides du cerveau, et justement, il convient à l'issue des périodes actives de la maladie, de leur procurer un mode d'assistance en rapport avec l'organisation des séquelles. Ils n'ont plus besoin d'un traitement médicamenteux, hydrothérapique, etc., ni d'une surveillance continue. Au service d'aigus, se substitue pour eux le service de seconde ligne, selon l'expression de Porot, hospice, ou, dans toute la mesure possible, assistance familiale à la campagne.

C'est à eux que nous avons songé en écrivant la première partie de ce chapitre, aussi ne reviendrons-nous pas sur l'action favorable du grand air, du climat, du régime pour l'artério-sclérose et en général pour l'insuffisance cérébrale moyenne non plus que sur l'heureux épanouissement des fonctions cérébrales résiduelles sous l'influence de la sociothérapie spontanée. Chacun suivant ses capacités y trouve son maximum d'utilisation, son maximum de développement aussi bien dans le domaine affectif que dans celui de l'activité utile. Et l'énoncé des contre-indications et des indications psychiatriques délimitait dans notre pensée la marge des possibilités d'adaptation.

Nous pouvons ainsi définir maintenant l'adaptation au placement familial, *l'état d'équilibre des fonctions physiques et mentales* de l'individu, sur le plan duquel *il se réalise, avec le maximum d'efficienc*e, dans un milieu dépourvu d'écueils, bien adéquat à des possibilités restreintes.

2. Est-il permis, dans quelque cas, d'espérer davantage ? Une fraction des sorties de la Colonie (68 cas de 1900 à 1933 pour Ainay) a toujours été formée de malades plus ou moins affaiblis que leur famille reprenait auprès d'elle après l'épreuve hétéro-familiale : souvent ces sujets étaient depuis longtemps perdus de vue au cours de trois changements successifs d'établissements, et lorsque sur les conseils du médecin de Colonie, ils renouent avec leurs parents des relations de correspondance, ceux-ci tout surpris, parfois un peu inquiets de les savoir en demi-liberté, les visitent, les voient capables de vivre en famille, et désirent tenter l'expérience chez eux.

Un débile avait été interné à 26 ans en 1879 à l'occasion d'une bouffée délirante hallucinatoire. Il avait conservé, lors de l'arrivée à la Colonie d'Ainay, en 1903, des hallucinations auditives et de vagues idées de persécution. C'était un malade calme et agréable. L'un de ses parents éloignés demanda sa sortie en 1920 : il pensait qu'il s'était agi d'un internement par raison de famille !

Nous nous sommes parfois demandé dans des cas de ce genre, s'il n'entraînait pas en jeu des intérêts matériels, des espérances d'héritage. Il nous est arrivé de signaler certains cas à l'administration en vue d'enquêtes, préalables à la sortie. Ce serait l'œuvre utile d'assistances sociales. Mais il est difficile pourtant de refuser une mise en liberté lorsque la famille présente certaines garanties, et que l'affaiblissement du malade n'enlève pas à son consentement toute valeur.

3. Parmi les malades qui s'adaptent à la Colonie, attirons l'attention, ici encore, sur une catégorie de déshérités sociaux, d'un niveau inférieur, assurément, à ceux qui ont pu, grâce au séjour en Colonie, retrouver la liberté, mais qui cependant bénéficient grandement de son régime.

Ce sont des débiles instables ou profonds qui ne se sont pas montrés adaptables, ou qui ont commis des délits dans les mauvaises conditions de vie qui leur étaient assignées.

Voici d'abord un débile simple.

René Ad., battu par ses parents, se sauve de chez eux à 20 ans, traîne plusieurs mois dans les rues, est arrêté au cours d'une râfle aux Halles, dans le milieu spécial où il vivait de prostitution passive. Son père refuse de le reprendre. Interné après non-lieu (1921), il est envoyé à l'asile agricole de Chezal-Benoît en 1924. Il s'y montre très docile, sans aucune trace de perversions, et travaille régulièrement au jardin. Le D<sup>r</sup> Briau nous le confie en 1932.

Ad. est un jeune homme de 31 ans, porteur de nombreux stigmates

de dégénérescence. Maigre, myope, le faciès adénoïdien, la lèvre longue, il tremble, bégaye. L'émotivité est forte. Placé dans une famille, il travaille sans cesse, ne se plaignant jamais, et devient un bon manoeuvre agricole, lui-même exprime le dégoût de l'existence qu'il a menée, se trouvant réduit à la misère par l'hostilité de ses parents. Il se rend compte de ne pas être capable de vivre par ses propres moyens.

Comme second exemple, nous prendrons un sujet d'un niveau inférieur.

Charles Ca. est un débile profond, le seul survivant de 6 enfants dont il est le cinquième. Son père est mort de bronchite (?). Sa mère, qui depuis lors est réduite au chômage, travaillait dans la boyauterie et buvait. En 1921, à 7 ans, Charles est placé pour vagabondage et mendicité à l'Institut de Hoerdt. De 1926 à 1929, il est à la colonie de Vaucluse. A sa sortie, il est mis en liberté surveillée : un incident le conduit à Fresnes, et il entre à Villejuif à la suite d'un non-lieu, à 18 ans, en 1932.

Il arrive à Ainay en 1935. C'est un débile profond, suggestible, mais timide et docile. Il urine au lit lorsqu'il est fatigué. Placé chez un paysan, il travaille avec lui et donne toute satisfaction.

Toute l'odyssée que rapporte le dossier paraît invraisemblable ; elle est entièrement due au milieu social désastreux dans lequel l'enfant a évolué.

#### LES ENFANTS ANORMAUX

Ainsi, à Ainay même, en l'absence de toute organisation spécialisée, l'expérience démontre combien le placement familial constitue un milieu précieux pour le reclassement social d'enfants anormaux, même lorsqu'ils présentent des troubles du caractère.

Or, depuis 1922, la Colonie de Ghcel est entrée, avec M. Vermeulen, dans la voie des réalisations et l'on sait quel succès a couronné cette tentative.

En principe, on admet tous les enfants justiciables d'un régime familial et d'une éducation manuelle. On écarte donc les idiots et les imbéciles profonds, les vicieux et les pervers, les épileptiques et les psychopathes. Notons que ces enfants ne sont pas tous éliminés définitivement du placement familial. Nous avons constaté que chez les anormaux, des améliorations notables pouvaient survenir jusque vers l'âge de 25 ans. Certains sujets indésirables dans leur enfance pourront alors devenir tributaires du placement dans de bonnes conditions. Plus tôt, l'expérience serait inefficace et ces enfants relèvent d'autres méthodes.

Mais pour les imbéciles légers, les débiles, les instables, les « difficiles » des deux sexes, le bénéfice du placement familial, appuyé par une formation éducative adéquate, reste indéniable. La répartition des enfants chez les nourriciers est en rapport avec les possibilités qu'a révélées l'examen médico-pédagogique initial. Les plus intelligents et adroits se trouvent chez des hommes de métier, les plus tranquilles et les plus aptes au voisinage de l'école, les moins bien doués dans les fermes où ils peuvent s'initier aux travaux agricoles, les plus difficiles et les plus vicieux dispersés dans les bruyères, à la périphérie de la commune.

A l'école, l'enseignement, très concret, s'inspire des jeux éducatifs du Dr Decroly et des méthodes de Mme Montessori. Il vise surtout à compléter le travail manuel et l'éducation familiale se continue sans cesse par les leçons de choses pratiques que fournissent la ferme, le moulin, la route ou quelque atelier rural. A côté de ces notions toutes empiriques, se continuent, pour les plus aptes, un enseignement et un apprentissage plus poussés. Quelques enfants pourront être récupérés pour la vie sociale. Les autres seront mieux préparés à faire ultérieurement pour la Colonie des pensionnaires d'une valeur humaine plus grande.

Vermeulen, à qui nous empruntons tous ces détails, montre comment les suggestions constantes de l'exemple, l'engrenage de l'imitation, l'activité diversifiée aux mille travaux de l'entourage se complètent par l'action d'une ambiance affective favorable. L'enfant cesse de se sentir « déclassé et essulé », il reprend confiance dans une existence qui, jusque-là, n'avait pas toujours été bonne pour lui, et dans sa mentalité s'effectue « une transformation importante qui ne s'inscrit pas dans les examens de fin d'année et peut passer inaperçue pour des observateurs superficiels, mais qui pour lui est du plus haut prix et prépare toutes les améliorations à venir ».

L'exemple belge, appuyant les indications qui se dégagent de nos propres observations, montre dans quelles limites et avec quel fruit on pourrait développer l'assistance familiale aux enfants anormaux.

### **L'avenir du placement familial en France**

La diffusion mondiale de la méthode d'assistance familiale pour les aliénés chroniques, les bienfaits d'un procédé de psychothérapie et de rééducation sociale toute spontanée, les avantages économiques qui s'y rattachent permettent d'envisager son exten-



sion à de nouvelles régions ainsi qu'à de nouvelles catégories de malades. Et l'on peut se demander aussi, en précisant les indications du placement familial par rapport aux autres modes d'assistance, s'il n'y a pas lieu d'en renforcer l'efficacité par l'adjonction de méthodes plus actives. Enfin, la plupart des tentatives d'assistance familiale se sont adressées aux malades indigents des asiles. Sous quelles conditions pourrait-on essayer d'appliquer le système aux malades payants des institutions privées ?

#### EXTENSION A DE NOUVELLES RÉGIONS DE LA FRANCE

Seul le département de la Seine, sous la poussée continue des malades qui entrent journellement dans les hôpitaux psychiatriques, a été obligé de mettre en pratique le placement familial des chroniques plus ou moins isolés.

En province, l'encombrement se fait sentir avec plus ou moins d'intensité, au pourtour des grandes villes et le département du Rhône avait en 1924-1925 conclu avec la Préfecture de la Seine une convention qui lui permettait de placer des malades à Dun et à Ainay. Cette convention ne fut appliquée qu'une fois, et le conseil général du Rhône, lors des discussions annuelles sur le service des aliénés, ne paraît plus en faire état. Dans les autres départements, tous les hôpitaux psychiatriques sont au complet, et les médecins signalent une augmentation régulière du contingent des entrées annuelles.

L'assistance homofamiliale fut jadis essayée, par Arthaud, par Morel, par S. Garnier qui l'opposaient aux partisans du placement hétérofamilial. On a tenté de rendre à leur propre famille les aliénés inoffensifs, moyennant une légère indemnité. C'était méconnaître à la fois les causes sociales de l'internement et le caractère des malades. Nous n'y reviendrons pas et par ailleurs, le gros écueil du placement homofamilial réside dans la surveillance ultérieure du malade et le contrôle de l'emploi de la somme allouée. Les familles qui sont en mesure de reprendre leurs malades n'ont jamais attendu qu'on leur offre un secours journalier pour le faire. La véritable amélioration, pour cette catégorie, c'est la création des dispensaires d'hygiène mentale, des consultations psychiatriques auxquelles peuvent être adjointes des distributions gratuites de médicaments. Et le contrôle vraiment efficace serait exercé à domicile par des assistantes sociales psychiatriques.

Pour les autres chroniques calmes, seul le placement hétérofamilial se montre vraiment utile. En pratique, bien des méde-

cins d'asile s'occupent de confier, lors de la sortie, des malades encore sujets à rechutes à des personnes de confiance, familles d'infirmiers, amis, etc. On trouve en somme du travail pour ces malades dans un milieu favorable. L'administration ne paie rien aux patrons, qui ne sont donc pas des nourriciers comme dans les placements familiaux, et les sujets sont soit en permission d'essai, soit en liberté complète. Ces bases ont servi aux intéressantes suggestions émises dans sa thèse par le D<sup>r</sup> Fail.

Ce système est utile aux convalescents susceptibles de reprendre le travail. Mais pour les malades d'une productivité minime, une rémunération de l'hôte s'impose, et l'assistance doit être continuée sous les mêmes garanties légales qu'à l'hôpital. Nous proposerions donc pour eux, de généraliser en France le placement familial.

Le problème se pose de façon différente pour les très grandes villes et pour les régions à moindre concentration urbaine.

Pour les centres de première importance, Lyon, Marseille, Strasbourg, Bordeaux, Lille, etc., qui possèdent un grand nombre de malades, le procédé des colonies familiales paraît le meilleur, avec 5 à 600 malades groupés dans une région choisie pour ses possibilités économiques restreintes, son éloignement des grandes voies, la simplicité et la valeur morale de sa population. On y crée, comme à Ainay ou à Dun, un petit centre médical, autour duquel les malades sont répartis sur un îlot de quelques communes. Dun et Ainay, situés à égale distance de Lyon et de Paris, pourraient recevoir des Lyonnais. Ou bien l'on pourrait, de préférence, établir un nouveau lieu de colonisation, en Auvergne par exemple ; car on n'a pas intérêt à dépasser dans une même Colonie, le nombre de malades au delà duquel l'individualisation du traitement n'est plus possible. M. Sano remarquait pour Gheel, que ses 3.000 malades représentent un maximum, à partir duquel la tâche d'un médecin-directeur n'aurait plus d'efficacité. Il en serait de même pour Dun, qui atteindra d'ici quelques années 2.000 malades et à Ainay, la surveillance plus grande que nécessitent les hommes désignent le millier comme un chiffre à ne pas dépasser.

Pour les autres départements, il serait bien mieux d'adopter le système périhospitalier. Les hôpitaux psychiatriques sont en général situés en pleine campagne. Souvent leurs alentours offrent les conditions les plus favorables. Et la proximité de l'asile avec son organisation médicale dispense de créer de nouveaux rouages pour un nombre de bénéficiaires qui resterait insuffisant à alimenter une formation autonome.

La mesure préliminaire à l'organisation de ces nouveaux centres de placement familial serait, il va de soi, l'adjonction à la loi sur les aliénés de 1838, d'un article prévoyant ce mode d'assistance.

#### EXTENSION A D'AUTRES CATEGORIES DE MALADES

##### *Enfants, vieillards, incurables des hospices*

Nous avons indiqué la limitation actuelle du placement pour le département de la Seine, aux aliénés chroniques adultes et à quelques convalescents.

Il est évident que d'autres catégories de sujets en bénéficieraient beaucoup. Nous envisagerons ici le cas des enfants arriérés, celui des vieillards et des incurables des Hospices.

a) Pour les enfants arriérés nous avons rappelé le timide essai qui aurait été fait en 1911 à l'instigation de M. Poiry, conseiller général. Et, par ailleurs, la Belgique nous apporte un exemple qu'il est très facile de reproduire chez nous.

Dans un rapport adressé à la Préfecture de la Seine, en 1932, nous avons dressé un projet de placement familial des arriérés inéducables de la Seine, à la Colonie d'Ainay. Maintenant que l'organisation matérielle de la Colonie de Perray-Vaucluse en a fait un hôpital neuro-psychiatrique d'enfants, muni de moyens thérapeutiques très perfectionnés, il y serait intéressant de la dégager de ses arriérés profonds. Mais on ne saurait se borner à les confier simplement aux paysans sans tenter de discipliner leur motricité, d'éveiller leur sensibilité, de leur donner un minimum de connaissances pratiques. Et dans ce but, une école devient nécessaire, avec le concours d'un instituteur ou d'un moniteur spécialisé.

En province, un essai très encourageant a été fait par le Dr Bauer à l'Hôpital psychiatrique de Naugeat, près Limoges. Mais ici, l'éducation précède le placement. Une école d'enfants anormaux se trouve annexée à l'Hôpital, et dans ses classes s'opère une sélection des capacités. Les sujets éducatibles y reçoivent des notions très concrètes et très pratiques. Ceux qui atteignent 15 ou 16 ans, et dont la stabilité se révèle suffisante, sont placés par l'intermédiaire de la Croix-Rouge chez des personnes de confiance, dans la campagne voisine, et suivis régulièrement. Ils s'y accoutument à la vie rurale, et se mettent à rendre des services. Certains occupent des emplois de domestiques de fermes ou de valets de chambre. L'expérience ne demande qu'à

être continuée et amplifiée. Nous pouvons signaler encore pour des arriérés simples, non internés, les tentatives faites à Usson (Loire) et au Mans par des institutions médico-pédagogiques.

Un essai a été pratiqué, dans le cadre de l'Administration pénitentiaire, par la Maison d'Education Surveillée de Lamotte-Beuvron (Loir-et-Cher) et par celle de Fontevault près de Saumur. Son existence nous fut révélée par le Rapport de l'Inspection générale des Services administratifs du Ministère de l'Intérieur, en 1930, et le Directeur de l'établissement de Saint-Maurice (Lamotte-Beuvron) voulut bien nous donner quelques détails. Ils sont beaucoup moins favorables que dans les cas précédents : le recrutement des sujets le fait aisément comprendre. Il s'agit de jeunes délinquants ne présentant que peu de prise à la psychothérapie spontanée. La plupart ont commis des délits à répétition, et appartiennent à la classe si ingrate des pervers. En Colonie familiale, nous les éliminons d'emblée. Ici, ils se trouvent placés chez des fermiers, dans un rayon d'une vingtaine de kilomètres et ils échappent à la surveillance continue d'un personnel qui, malgré sa bonne volonté, n'a pas de spécialisation pédagogique, ni psychopathologique. Aussi les résultats sont-ils presque toujours décevants, et le nombre de ces colons qui, en 1930, s'éleva à 72, n'a-t-il pas été en croissant. On ne saurait conseiller la reprise de cette expérience qu'après une refonte complète des maisons d'éducation surveillée dans le sens d'une pédagogie à direction médicale. Encore le travail agricole dans le domaine de l'établissement paraît-il offrir la meilleure formule.

b) Le placement de *vieillards* avait été jadis tenté par Auguste Marie à Lurcy-Lévy (Allier), en 1903.

Dans cette voie, il y a beaucoup à faire, de nombreux infirmes, invalides, incurables, etc... se trouvent dans les Hospices, et privés de famille, n'ont aucun intérêt à rester dans les centres urbains.

La bonne solution serait de créer à leur usage, ainsi que pour les vieillards valides, un centre de placement familial, indépendant de ceux que régit le statut de l'aliénation. Ces sujets n'exigeraient d'ailleurs pas une surveillance aussi stricte, non plus que la présence d'un médecin spécialisé en psychiatrie. Une infirmerie dans un chef-lieu de canton de campagne pourrait être desservie par le praticien du pays. Les placements seraient disséminés sur une étendue plus vaste, et sous le contrôle d'une infirmière-visiteuse passant périodiquement, l'institution tendrait à réaliser le système dispersé de l'Ecosse.

## PLACEMENT FAMILIAL DES CONVALESCENTS

*Rééducation active et ergothérapie dirigée*

On a reproché au placement familial, borné à son action psychothérapique spontanée, de ne pas offrir pour les convalescents une rééducation suffisamment active. En Hollande, Van der Scheer s'est efforcé de modeler le plus possible la vie de l'asile sur la vie sociale : c'est un principe inverse de celui du placement familial. L'ergothérapie dirigée a été associée au placement par les psychiatres italiens. Mais les malades ont alors préféré le régime complet de l'asile. Il est sans doute difficile de concilier, au moins devant la mentalité individualiste des Français, le grand libéralisme du placement familial et la discipline nécessaire à des travaux obligatoires. Pour que ceux-ci acquièrent une valeur vraiment utile, il faudrait adjoindre au centre de placement une école de reclassement professionnel avec des moniteurs qualifiés. Des sujets en assez bon état physique et mental pour suivre avec profit un enseignement de cette importance ne sont plus des malades mentaux exigeant l'application de la loi de 1838. D'autre part, l'expérience a montré que des convalescents remis en liberté complète ne se soumettent plus à une discipline quelconque. L'essai de Lurcy-Lévy (Allier), en 1924, n'a pas eu de lendemain.

Nous avons déploré qu'Ainay n'offre pas à de plus nombreux convalescents des Hôpitaux psychiatriques, des possibilités d'ergothérapie spontanée. Sans doute la voie la plus efficace serait-elle ici une assistance personnelle par l'intermédiaire des services sociaux, qui donneraient à leur action une orientation absolument individuelle.

Et les récentes formations de reclassement des chômeurs représentent peut-être l'embryon d'œuvres d'une profonde utilité pour l'avenir de nos anciens malades, qui à l'issue de la psychose ont à refaire leur vie dans des conditions nouvelles.

LE PLACEMENT FAMILIAL DE MALADES AISÉS  
ET LES INITIATIVES PRIVÉES

Le placement familial des malades aisés n'a trouvé sa solution pratique qu'à Gheel. Toutes les classes sociales y reçoivent des malades appartenant à des milieux équivalents. Nous avons insisté sur les avantages multiples de cette situation, qui apporte à la Colonie l'assentiment unanime de la population.

A Lierneux, en Ecosse, et partout ailleurs, les malades payants

sont en petit nombre, et n'y rencontrent pas les nourriciers bourgeois susceptibles de les accueillir.

Les Anglais, qui n'ont pas développé le placement familial pour les indigents, avaient, depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle, à la suite de R. Willis, développé le système des « cottages » qui confiait des malades riches à des gardiens expérimentés qui les soignaient chez eux.

En France, les médecins-directeurs de Dun et d'Ainay reçoivent chaque année des demandes de renseignements émanant de familles aisées dont un membre serait, croient-elles, en mesure d'être placé avec fruit. Il n'est pas possible de donner de réponse affirmative, parce que nous ne disposons pas de placements assez confortables, et de plus parce que nous ne sommes pas autorisés à accepter de clientèle privée.

Il est d'ailleurs très difficile que payants et indigents se présentent en rivalité. Dans un lieu de colonisation dense, il faut une organisation unique. L'administration de Gheel centralise tous les malades, et ce régime est le seul soutenable.

Quelques tentatives isolées ont été faites à Dun, par des particuliers qui s'étaient assuré le concours de médecins locaux. A Levet, annexe de Dun, un ancien médecin assistant de la Colonie traita pendant de nombreuses années quelques psychopathes libres avec succès.

Nous serions heureux de voir l'Administration préfectorale autoriser le placement, à titre d'internement volontaire direct, par exemple de sujets payants étrangers au département, ou n'étant pas passés par les Hôpitaux de la Seine. Peut-être serait-ce l'origine de tout un courant très favorable pour l'avenir de nos établissements.

Il faut enfin mentionner le *placement familial* organisé par des *Maisons de Santé* privées. L'exemple en vient de Suisse. Le D<sup>r</sup> O.-L. Forel, Médecin-Chef de « Rives de Prangins » et autrefois médecin de l'assistance familiale de l'asile de la Waldau (Berne), a confié des convalescents de sa Maison de Santé à « quelques familles de paysans, particulièrement capables, s'intéressant aux problèmes de psychologie ». Ils y passent quelques mois, ce qui parachève surtout des cures de psychoses du caractère. « Une fois l'analyse terminée, dit le D<sup>r</sup> Forel, j'estime qu'une période de rééducation, de réadaptation doit avoir lieu, ce qui ne peut jamais se faire que dans le sein de la famille. Je n'ai pas besoin de vous dire, conclut-il, que les résultats ont été des plus satisfaisants ».

Ici encore, tout un domaine s'ouvre pour l'extension du placement familial.

## CONCLUSIONS

### De l'intérêt médical et scientifique du placement familial

« Le placement familial, nous demandait un jour M. Toulouse, n'est-il pas un mode d'assistance sentimental et humanitaire, certes, mais empirique ? Les malades y bénéficient-ils des progrès de la science et n'échappent-ils pas à son étude ? »

L'objection serait de valeur, mais elle ne nous semble pas fondée.

Nous nous sommes attaché, tout au long de cet ouvrage, à faire ressortir l'action propre du placement familial. La psychothérapie sociale spontanée constitue une méthode de rééducation bien définie. Nous ne l'avons pas présentée comme une panacée, mais nous avons précisé ses indications. Elle ne dispense pas de la mise en œuvre de toutes les acquisitions de la médecine ; la surveillance médicale continue représente son principe même, et l'individualisation du traitement peut y être poussée aussi loin que possible grâce à l'effort des médecins et des infirmiers-visiteurs.

Le placement, même hétérofamilial, ne s'oppose pas aux autres méthodes. A côté de lui, le retour du malade dans sa propre famille sous le contrôle d'assistantes sociales, l'ergothérapie et la rééducation actives, le travail agricole dans les asiles-colonies conservent aussi leurs indications, lorsque la phase aiguë de la psychose s'achève. Pour la durée de celle-ci, seul convient, évidemment, le service d'hôpital.

Et la tâche est assez vaste pour que les diverses modalités de cure, loin d'entrer en rivalité, collaborent heureusement au bien des malades.

Qu'il nous soit permis d'insister enfin, du point de vue théorique, sur l'intérêt scientifique du placement familial. Il réalise une expérience, vraiment unique, dont peuvent tirer grand profit la psychologie et la sociologie pathologique. On y observe le malade mental en dehors du cadre disciplinaire des asiles. Ses capacités résiduelles s'y déploient sans contrainte dans une ambiance déterminée dont nous pouvons évaluer et dans une certaine mesure modifier les éléments. Les lacunes de son fonctionnement cérébral s'y manifestent sans qu'il en résulte de conséquences

fâcheuses pour lui. Et le psychiatre qui se livre à l'étude de ces problèmes les voit se poser sous un angle nouveau.

Parmi les médecins-directeurs de Gheel, Parigot, Bulckens, Peeters, Meeus, Sano se sont classés au premier rang de la psychiatrie belge. Ch. Massaut, de Lierneux, Mares Cahane, de Dicio san Martin, continuent, dans leurs établissements, leurs recherches de chimie du système nerveux. Les travaux cliniques effectués en Colonie familiale portent même un cachet bien particulier. Ils sont consacrés avant tout aux séquelles des maladies mentales et ils abordent par des méthodes objectives le comportement des malades. Telles les observations si pénétrantes de déments précoces, publiées il y a une trentaine d'années par Meeus.

En France, une partie de l'œuvre clinique d'Auguste Marie porte nettement le sceau de la Colonie de Dun. Ses publications sur l'état mental des séniles, sur les pseudo-bulbaires (avec Vigouroux) et sur divers aspects de la sénilité et de la présénilité ont abouti à une conception générale des Démences auxquelles il a consacré en 1906 un intéressant volume.

Nous avons pu reconstituer, dans les travaux de nos devanciers, une conception de la démence vésanique propre aux médecins de Dun et d'Ainay. Une autre notion est éclosée dans les Colonies familiales : celle d'un *syndrome de déficit d'ensemble des fonctions cérébrales supérieures* qui constitue le fond de tous les états d'affaiblissement. Lwoff écrivait que « les idées, comme toutes les fonctions de relation avec le monde extérieur, ne sont pas indispensables à la vie », ajoutant non sans quelque ironie que l'Assistance publique peut les remplacer avantageusement pour la satisfaction des besoins organiques. Ameline a édifié à Dun, à Chezal-Benoit, puis à Ainay, sa théorie énergétique de l'épuisement cérébral, et nous-même avons décrit, sous le nom d'insuffisance cérébrale, l'ensemble des signes cliniques qui traduisent la suspension des fonctions non localisées du cerveau antérieur. Nous avons ensuite étudié les états terminaux de la démence précoce, des délires chroniques et tenté de dissocier le groupe des démences vésaniques. Bien qu'appartenant à des formations et des époques différentes, les médecins qui se succèdent aux Colonies familiales, grâce à la communauté des objets, et grâce à celle des méthodes qu'inspire le milieu, constituent donc, en un sens, une école médicale continue.

En dehors du domaine des séquelles, l'école belge avec Vermeylen, avec Et. de Greef aborde avec fruit l'étude de la débilité mentale,



Enfin, nous croyons que la psychologie et la sociologie y trouveront leur part. Déjà Dalmas et Vinchon déterminaient, à Dun, dans l'acclimatation des malades la part de l'habitude. Sano, dans son beau rapport de 1924, a dégagé les données de l'adaptation du malade mental à son milieu. Nous avons orienté notre travail vers l'observation objective du comportement. Au-dessous des fonctions intellectuelles supérieures, nous avons mis en évidence des *comportements fondamentaux* : l'orientation, l'activité, l'aménagement de l'ambiance immédiate qui est à la base de l'appropriation, le comportement sexuel, l'attraction interhumaine qui apporte le fondement biologique de la compréhension mutuelle. Ces comportements fondamentaux dans les états d'insuffisance cérébrale accentuée, avant de s'effriter et de disparaître, fonctionnent pour eux-mêmes en l'absence d'une superstructure idéatoire. Ils perdent leur contenu, ils sont à eux-mêmes des « fins en soi ». Ils donnent naissance à des modalités de *vie réduite*, selon le mot de Klippel, qui sont radicalement différentes des types de sociétés réalisées dans les conditions normales.

Ce ne sont là que de premières indications. De nouvelles voies s'ouvrent aux investigations de nos successeurs.

N'oublions pas non plus que le placement familial des psychopathes n'est qu'un cas particulier d'un phénomène démographique de plus en plus courant dans la vie moderne.

Nous avons seulement voulu montrer que le côté humanitaire du placement familial n'excluait ni sa valeur médicale, ni l'intérêt théorique.

Pour la science comme pour la médecine appliquée, le placement familial présente d'assez vastes horizons : il faut s'efforcer d'en tirer, dans les deux sens, tout le parti possible.

## BIBLIOGRAPHIE

Cette bibliographie ne vise pas à être complète. Elle ne comprend que les sources, d'intérêt encore actuel, qu'il a été en notre pouvoir de consulter. On la complètera utilement en se reportant, pour les travaux anciens, à la thèse du Dr Bobé, et pour certains travaux étrangers contemporains, au livre de H. M. Pollock (*Family care of Mental Patients*).

ALT (Konrad). — *Über familiäre Irrenpflege*, Halle, 1899.

AMELINE (M.). — *Résultats du traitement familial des aliénés*, 1925.

*Annual Report of the general Board of Control for Scotland for the Year 1934*, Edinburgh, 1935.

- BERSOT (Henri). — *Que fait la Suisse pour ses malades nerveux et mentaux*. Berne, 1936, Huber éd.
- BERSOT (H.) et DESRUVELLES (M.). — *L'assistance aux aliénés en Europe. Hygiène mentale*, mars 1937 sqq.
- BOBÉ (Jean). — *Les Colonies familiales d'aliénés*. Thèse, Paris, 1933. Am. Legrand éd.
- BUFE (E.). — *Handwörterbuch der Psychischen Hygiene*.
- CAHANE (Mares). — *Asupra sterilizării alienatilor cronici*. *Rev. de igiena sociala*, 1932, n° 3.
- CAHANE (Mares). — *Problema asistentei alienatilor la noi*. *Rev. de igiena sociala*, 1934, Bucarest.
- CHANES (Charles) et VIÉ (J.). — *Les Colonies familiales d'aliénés du département de la Seine*. *Revue d'Hygiène*, avril 1933.
- CHEVALIER (Jacques) et RAFFIGNON (G.). — *La Forêt de Tronçais*, Limoges, 1922, Ducourtieux éd.
- CHEVALIER (Jacques). — *La Forêt : Tronçais en Bourbonnais*, Paris, 1930, Aux Horizons de France, éd.
- CORBERI. — *L'importanza dell'assistenza eterofamiliare. Rapporti à la Réunion d'Hygiène mentale*, Bruxelles, 1935.
- DALMAS et VINCHON (J.). — *Le rôle de l'habitude dans la colonisation familiale*. *Annales méd.-psychol.*, 1921, t. I, p. 29.
- Disposizioni sui manicomi e sugli alienati*, Milan, 1923.
- DUVAL (Jules). — *Gheel, ou une colonie d'aliénés*, Paris, 1867, Hachette éd.
- ESQUIROL. — *Notice sur le village de Gheel 1822 in Maladies mentales*, t. II.
- FAIL (Gabriel). — *Essai sur un nouveau mode de placement familial des psychopathes*. Thèse, Paris, 1927.
- GROSS (A.). — *Traité des maladies mentales d'Aschaffenburg*, t. I, 1912.
- JACOBI (Mme). — *L'assistance familiale aux enfants arriérés à Gheel. Congrès de Psychiatrie infantile*, Paris, juillet 1937.
- Jahresberichte des Kantonalen Inspektorats für Familienpflege*, Zurich.
- JANSSENS. — *Geel in beeld en schrift*, Turnhout, 1900.
- KLAESI (J.). — *Offene Fürsorge in Kanton Zürich*, in : *Die Offene Fürsorge in der Psychiatrie*, Berlin, 1927.
- KOLB (G.). — *Die Familienpflege. Rapport à la Réunion des psychiatres bavares*, 1911.
- KUYL (P. D.). — *Vermaerd door den eedienst der H. Dymphna*, Anvers, 1863, Buschmann éd.
- LEY (Auguste). — *L'éducation des idiots et des imbéciles dans les Colonies familiales*. *Bull. de la Soc. de Méd. ment. de Belgique*, avril 1901.
- LEY (Auguste). — *Discussion du Rapport de Coulonjou sur les Maladies mentales professionnelles au Congrès des Aliénistes*, Strasbourg, 1920.
- LIFSZYC. — *La colonisation familiale des aliénés en Pologne*. Thèse, Paris, 1934.
- LWOFF (S.). — *Rapports médicaux de la Colonie d'Ainuy-le-Château de 1900 à 1904*.
- MANHEIMER (Gommès). — *L'assistance psychiatrique à domicile. Congrès des Aliénistes*, 1912.
- MARIE (Aug.). — *Nombreuses publications dans les revues : l'Assistance publique et l'Assistance familiale, la Revue de Psychiatrie de 1898 à 1905*.

- MARIE (Aug.). — *Rapports médicaux de la Colonie de Dun de 1892 à 1900.*
- MARIE (Aug.) et VIGOUROUX. — Quels malades peuvent être placés en famille. *Cong. des Aliénistes*, Angers, 1898 et *Revue de Psychiatrie*, janvier 1900.
- MARIE (Aug.). — Responsabilité dans les Colonies familiales. *Congrès de l'Assistance familiale*, Paris, 1901.
- MARIE (Aug.). — Les Infirmiers des Colonies familiales de la Seine. *Revue de Psychiatrie*, avril 1904.
- MARIE (Aug.). — De l'Assistance familiale aux vieillards. *L'Assistance publique*, juin 1901.
- MASSAUT (J.). — Histoire de la Colonie de Lierneux. *Soc. de Médéc. Mentale de Belgique*, 27 juin 1931.
- MUSTON. — *Recherches anthropologiques sur le pays de Montbéliard*, t. I, p. 118. Sans date : 1866 ?
- PAETZ. — *Kolonisierung der Geisteskranken*, Berlin, 1893.
- PASTUREL (A.). — *Trente ans d'assistance familiale des aliénés en France*, St-Amand (Cher), 1922.
- PASTUREL (A.) et VIÉ (J.). — Etat actuel de la colonisation familiale en France. *Congrès des Aliénistes*, Bruxelles, 193.
- PREETERS. — L'Assistance familiale à Gheel et son influence sur la population de cette commune. *Cong. d'Assistance des aliénés*, Berlin, 1910.
- POLLOCK (Horatio M.). — *Family Care of Mental Patients*. *State Hospital Press*, Utica (N.-Y.), 1936.
- POSWINSKI. — La Colonie des aliénés à Janieliski. *Nowiny Psychiatrye*, 1933, n° 1 et 2.
- Rapports médicaux du Service des Aliénés de la Préfecture de la Seine* ; depuis 1890, rédigés par les D<sup>rs</sup> Aug. Marie, Dupain, Pécharman, Truelle, Rodiet, Dalmas, Pasturel (pour Dun) ; — depuis 1900, par les D<sup>rs</sup> Lwoff, Trenel, Bonnet, Pochon, Ameline, Vié, Sivadon (pour Ainay).
- Rapport de l'Inspection générale des Services administratifs du Ministère de l'Intérieur*, 1930, Maisons d'Éducation surveillée.
- Règlement général de la Colonie de Gheel*, Ministère de la Justice, Bruxelles, 1912.
- Reglement über die Familienpflege Geisteskranken* (Anstalten St. Pirminsborg und Wil).
- REPOND (André). — Discussion du rapport de M. Sano au *Cong. des Aliénistes de Bruxelles*, 1924.
- REPOND (André). — Traitement psychothérapique des maladies mentales. *Ann. méd.-psychol.*, mars 1933.
- RIU. — Les Colonies d'aliénés. *Rapport au Congrès des Aliénistes*, mars 1893.
- ROMET. — Les inconvénients, les imperfections et les dangers des Colonies familiales. *Annales médico-psychol.*, avril-août 1913.
- SANO (F.). — L'adaptation du malade mental à son milieu. *Rapport au Congrès des Aliénistes*, Bruxelles, 1924.
- SANO (F.). — Les aliénés soignés hors des asiles. *Rapport au Congrès des Aliénistes*, Bruxelles, 1924.
- SANO (F.). — Les diverses modalités d'assistance hétéro-familiale. *Réunion europ. d'Hygiène mentale*, Bruxelles, 1935.
- SENGÈS (N.). — Positivisme médical et responsabilité pénale. *Annales méd.-psychol.*, janvier-février 1935.

- SIMON (Hermann). — *Aktivere Krankenbehandlung*, Berlin, 1929.
- SIVADON (P.) et BRATANOVA (Mlle). — Placement familial des paralytiques généraux imipaludés. *Soc. méd.-psychol.*, novembre 1938.
- SUTTEL (René). — Les comportements fondamentaux dans les affections mentales. *Thèse*, Paris, 1939. Maloine édit.
- TERRIEN. — La médecine mentale à la campagne. *Congrès des Aliénistes*, 1898.
- TOULOUSE (Ed.). — Rapport sur l'Assistance aux aliénés en Angleterre et en Ecosse. *Conseil général de la Seine*, 1899.
- TRAMER (M.). — Analyse du rôle psychothérapique du placement familial. *Hygiène mentale*, 1933, p. 9.
- VAN DONINCK (A.). — *Verplegingsord van Geesteszieken te Gheel*, sans date (contient les références des travaux historiques de l'auteur sur les origines de Gheel).
- VAN DONINCK (A.). — *Gezinsverpleging van Geesteszieken te Gheel. Société de méd. mentale de Belgique*, juillet 1932.
- VERMEYLEN (G.). — L'assistance familiale des anormaux mentaux. *Le Service Social*, Bruxelles, 1922.
- VERMEYLEN (G.). — Organisation d'une section pour enfants anormaux à la Colonie de Gheel. *Congrès des Aliénistes*, Bruxelles, 1924.
- VIÉ (Jacques). — Les classes d'anormaux dans les Colonies familiales. *Archives de Neurologie*, janvier 1939.
- VIÉ et CHANÈS. — Les infirmiers-visiteurs des Colonies familiales. *Congrès International des Infirmières*, Paris, 1933 (*Archives de Neurologie*, nov. 1933).
- VIÉ et QUÉRON. — Productions artistiques des pensionnaires de la Colonie d'Ainay. *Esculape*, nov. 1933.
- VIÉ. — Indications psychiatriques du placement familial des hommes. *Aliéniste français*, juillet 1934.
- VIÉ et QUÉRON. — Travaux et occupations des pensionnaires de la Colonie d'Ainay. *Aliéniste français*, février 1935.
- VIÉ. — Les aspects sociaux de la colonisation hétéro-familiale des aliénés. Rapport à la Réunion europ. d'Hyg. mentale de Bruxelles, 1935 (*Journal belge de Neurologie et de Psychiatrie*, juillet 1935).
- VIÉ et QUÉRON. — La vieillesse de quelques déments précoces. *Annales méd.-psychol.*, juillet 1935.
- VIÉ. — Améliorations survenues chez quelques arriérés entre 16 et 25 ans. *Soc. médico-psychol.*, 25 nov. 1935.
- VIÉ. — Réactions psychopathiques ébauchées en rapport avec les difficultés sociales. *Soc. méd.-psychol.*, 27 avril 1936.
- VIÉ. — A propos de l'augmentation du nombre des aliénés. Le seuil de résistance psychique et les difficultés de la vie. *Congrès d'Hyg. ment.*, Paris, 1937.
- VIÉ. — Quelques terminaisons des délires chroniques. *Annales méd.-psychol.*, novembre 1939.
- VILLEMEZ. — Les démences vésaniques. *Thèse de Toulouse*, mars 1938.

# LE TRAITEMENT PAR L'ÉLECTROCHOC

FAR

ANDRÉ LAMARCHE, JAUBERT DE BEAUJEU et GUY ESTIENNE  
(de Tunis)

L'idée d'essayer le traitement par l'électrochoc vint à l'un de nous, à son retour à Tunis, lors de sa démobilisation.

Le Pavillon de Neuro-psychiatrie était alors encombré de malades et les évacuations sur l'hôpital psychiatrique de La Manouba s'avéraient à peu près impossibles, cet établissement ne disposant que d'un nombre très restreint de places. L'insuline se faisait rare, le cardiazol s'épuisait et nous ne savions pas quand nous pourrions nous réapprovisionner. Il fallait, cependant, continuer à recevoir les cas urgents, pour cela augmenter les sorties et ceci n'était possible qu'en faisant une thérapeutique active.

C'est alors que naquit l'idée de faire l'essai d'un traitement nouveau, déjà essayé en Italie. Le seul renseignement que nous avions était le compte rendu sommaire des communications de Cerletti et Bini à Copenhague (*Revue Neurologique*, n° 4, tome 72). Le Docteur Es-Chedly voulut bien nous prêter le volume du Congrès, qui, hélas, ne contenait que le résumé de ces travaux. C'est avec ce peu de renseignements que nous partîmes, montant nous-mêmes l'appareil avec les seuls moyens dont nous disposions à Tunis. Après quelques tâtonnements, nous arrivâmes à mettre au point la méthode et depuis le mois de novembre 1940 nous l'appliquons régulièrement à nos malades.

## TECHNIQUE

Les premiers essais furent faits au Laboratoire d'Electro-Radiologie de l'Hôpital Civil Français. Depuis janvier, les séan-

(1) Travail du Service de Neuro-psychiatrie de l'Hôpital civil français de Tunis.

ces ont lieu au Pavillon de Neuro-psychiatrie. Nous utilisons : un contracteur bipolaire, contrôlé par un relai cinématique, étalonné par des rotogrammes (le courant est fermé par une boule métallique descendant sur une gouttière inclinée et passant sur deux plaques de métal de 2 cm. de long, séparées par un espace libre de 0 cm. 4. Des encoches faites dans le bois indiquent le niveau d'où doit partir la boule pour obtenir des interruptions 0,51 à 0,52). Le circuit comporte en outre un ampèremètre (pouvant mesurer 1.500 milli-ampères) et un rhéostat. Il est relié d'une part au malade, d'autre part au réseau urbain (120 volts — 50 périodes par seconde). Au moyen d'une bande de caoutchouc, on fixe sur les deux régions temporales du malade, deux électrodes d'électrothérapie de 10 à 15 centimètres carrés, mouillées dans une solution de chlorure de sodium à 20 0/0. Avec ce dispositif, nous obtenons la crise avec des temps de passage du courant, variant de 0,51 à 0,52 et des intensités de 0 amp. 5 à 1 amp. 4.

La résistance électrique du crâne entre les deux électrodes temporales était mesurée d'une façon approchée, sur le courant continu. Elle variait entre 400 et 1.000 ohms. Cette mesure ne nous a pas paru indispensable. Ce qui importe surtout, c'est le temps de passage du courant. La méthode étant inoffensive et la marge de sécurité très grande, il vaut mieux pécher par léger excès que par défaut. Nous nous contentons actuellement de régler le rhéostat, d'après les expériences préliminaires et, dans la plupart des cas, nous obtenons la crise, sans ennui, et sans danger pour le malade.

Les malades atteints de mélancolie demandent en général une plus grande intensité du courant et un temps de passage légèrement plus long.

#### LA CRISE

*La crise classique.* — Elle est le plus souvent immédiate, parfois légèrement retardée de 10 secondes ; une seule fois elle apparut au bout d'une minute chez un malade ayant pris dans la journée précédente 70 gouttes de laudanum.

Le plus souvent, le malade crie, puis ses jambes se lèvent, s'écartent, se mettent en flexion à 60° environ sur le bassin (la jambe fléchit sur la cuisse, le pied en extension), ses bras se lèvent et s'écartent, les paupières se ferment, la bouche s'ouvre. Dix à quinze secondes après, les mouvements cloniques apparaissent débutant presque toujours par les paupières ; les bras se

replient lentement sur le corps, les mains se contractent ; le plus souvent les deux derniers doigts sont fléchis tandis que l'index et le médius restent tendus et le pouce fermé sur la paume. Les jambes se tendent, les orteils se mettent en éventail, le pouce en extension ou d'autres fois les orteils se fléchissent, le pouce restant étendu.

La phase clonique dure en général de 40 à 60 secondes. Elle est suivie de quelques secousses musculaires très espacées. Le malade a une grande inspiration, puis la respiration reprend son cours normal. La durée totale de l'apnée varie de 40 à 70 secondes. Le pouls reste toujours bien frappé ; il s'accélère légèrement après la crise (100 à 120) pour reprendre très vite son rythme normal. La cyanose est plus ou moins marquée suivant les malades. La miction est exceptionnelle mais l'éjaculation sans érection est fréquente. La reprise de la conscience se fait progressivement ; il n'y a pas, en général, de phase d'agitation. Le malade peut parler et marcher de 10 à 15 minutes après la crise. Il est moins fatigué qu'après le cardiazol et n'éprouve en général pas de nausée même s'il n'était pas à jeun au moment du traitement.

Au réveil, le malade est légèrement dysarthrique ; son langage est enfantin ; il reconnaît d'abord les figures qui lui sont les plus familières, puis il reprend contact avec l'ambiance et son comportement devient normal. Souvent il extériorise des idées délirantes jusque-là cachées. Dans cette phase de réveil — ou mieux dans l'après-midi qui suit la crise — la psychothérapie est efficace.

L'amnésie est totale, elle est rétrograde et atteint parfois non seulement le souvenir de la matinée mais aussi celui de faits plus anciens. Ce trouble gêne assez peu les malades et il est en général transitoire.

En tout cas, il est certain que les malades ne se souviennent pas d'avoir éprouvé une sensation désagréable. Ils viennent spontanément dans la salle de traitement, se couchent sur la table sans protester et aident parfois les infirmiers à poser les électrodes. Nous soignons actuellement plusieurs malades déjà améliorés qui viennent de la ville à l'hôpital pour se faire traiter et, après un court repos, ils repartent chez eux.

*Crises localisées.* — Parfois on obtient des crises localisées, soit à un côté soit à un autre. Nous avons assisté à une crise commençant par le bras gauche, gagnant ensuite, toujours à gauche, la face puis la jambe, s'étendant à droite au bras puis à la face et

à la jambe, diminuant à gauche, puis disparaissant tandis que le côté droit continuait à avoir des secousses cloniques. Dans ces cas, l'apnée et la cyanose restent de même durée et de même intensité. L'amnésie est totale.

*Crises incomplètes.* —Après un simple sursaut au moment du passage du courant, le malade reste immobile, non contracté, les yeux ouverts mais inconscient et totalement insensible. La respiration est extrêmement superficielle — les réflexes tendineux sont abolis, le réflexe cutané plantaire indifférent. Au bout de 40 à 60 secondes, se produit une grande inspiration et la respiration redevient normale tandis que les sensibilités réapparaissent. L'amnésie est totale mais de plus courte durée que dans la grande crise ; la reprise de la conscience est plus rapide.

### RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES

Nous avons jusqu'à ce jour traité complètement 25 malades. D'autres sont encore en cours de traitement dont nous publierons ultérieurement les observations. Tous les sujets ont subi de 5 à 15 séances d'électrisation transcérébrale à la cadence de 2 à 3 par semaine. Dans 70 % des cas nous avons obtenu la crise complète généralisée ou localisée, dans 30 0/0 la crise incomplète. Les résultats thérapeutiques nous ont paru à peu près équivalents. Un de nos malades actuellement en traitement n'a jamais eu de crises complètes et cependant les résultats thérapeutiques obtenus paraissent tout à fait assimilables aux autres cas traités. Voici très brièvement les observations que nous avons pu recueillir :

OBSERVATION N° 1. — *Mosbah*. Musulman originaire du bled entré le 1-7-1939 dans un état catatonique ayant nécessité l'alimentation à la sonde. Après traitement par le cardiazol, il s'alimente avec l'aide des infirmiers, mais il y a persistance du mutisme et des attitudes cataleptiques.

Après le troisième électrochoc, il mange seul, vole la nourriture de ses voisins. Après la cinquième crise, il sort de son mutisme, répond aux questions, dit comment il s'appelle et où il habite. Au bout de 14 séances d'électrochoc, le malade a un comportement presque normal. Il reste, ce qu'il a dû toujours être, un primitif aux facultés intellectuelles peu développées.

Un mois après, rechute. Reprise du traitement. Amélioration persistante dès la 3<sup>e</sup> crise. La sortie est envisagée.

Il est à noter que ce malade, qui présente une résistance crânienne



assez élevée, de l'ordre de 1.000 ohms, a eu de nombreuses crises incomplètes.

OBSERVATION N° 2. — *Y. B. B.* Musulman de 26 ans. Excitation psychomotrice accompagnée d'hallucinations visuelles et auditives chez un débile. Dans le service, phase catatonique et impulsions.

Dès le 3<sup>e</sup> électrochoc, amélioration marquée, disparition de la catatonie. Après le 6<sup>e</sup> électrochoc, comportement quasi-normal. Sort après la 10<sup>e</sup> crise. Depuis deux mois a repris une vie sociale normale.

OBSERVATION N° 3. — *Ab. b. M.* Musulman de 20 ans. Syndrome catatonique. Mutisme. Attitude cataleptique. Refus d'aliments. Gâtisme. Début un mois auparavant.

Reprise d'une activité quasi-normale dès la 3<sup>e</sup> séance. Répond aux questions, demande des nouvelles de sa famille. L'amélioration persiste et se précise. A la 8<sup>e</sup> crise le comportement est normal. Sort une semaine après. Depuis trois mois a repris la vie sociale sans manifester aucun trouble.

OBSERVATION N° 4. — *Al. b. Ar.* 27 ans. Syndrome schizophrénique. Incohérence. Impulsion. Dissociation datant d'au moins huit mois.

Après 15 séances, amélioration mais persistance de la dissociation et des impulsions.

OBSERVATION N° 5. — *Ah. b. B.* 33 ans. Etat schizophrénique survenu chez un débile. Alternatives de catatonie et d'agitation. Impulsions nombreuses.

Au bout de 10 séances, amélioration marquée et persistante, disparition des impulsions. Reprise de l'activité. Peut sortir.

OBSERVATION N° 6. — *Sch. Antoinette.* Hébéphrénocatatonie datant d'au moins trois ans.

Les premières séances aggravent tous les symptômes. Cependant, après 15 jours de repos, la malade est plus calme et quoique non guérie peut être confiée à sa famille.

OBSERVATION N° 7. — *Rachel B.* Israélite. 35 ans. Crise d'agitation psychomotrice avec hallucinations auditives et visuelles chez une débile. Insomnie très marquée.

Dès la première séance dort sans médicament et se sent soulagée. Diminution de l'agitation. Dort 6 heures l'après-midi et 8 heures la nuit qui suit. Après la 3<sup>e</sup> crise, les hallucinations disparaissent. Après la 7<sup>e</sup> crise, le comportement est normal.

Depuis deux mois et demi, a repris une vie sociale normale.

OBSERVATION N° 8. — *Hortense Sc.* Israélite. 27 ans. Mélancolie anxieuse.

Amélioration marquée au bout de 6 séances. Sortie cliniquement guérie à la 10<sup>e</sup> séance. Depuis, comportement normal.

OBSERVATION N° 9. — *H. ben A.* Etat catatonique ayant succédé à une crise d'agitation psychomotrice du type maniaque. Mutisme. Persévérance des attitudes.

Amélioration dès la première crise : se lève, répond, va lui-même à table. Au bout de cinq séances, comportement normal. La sortie est décidée.

Depuis, il vit dans sa famille et a repris, d'après les renseignements qui nous ont été donnés, une vie sociale normale. Il vient spontanément et tout seul deux fois par semaine pour subir ses électrochocs.

OBSERVATION N° 10. — *G. R. Israélite.* 22 ans. Crises de manie. Agitation psychomotrice intense. Insomnies presque totales.

Le 22-2-1941 : 1<sup>re</sup> séance d'électrochoc. Dort toute l'après-midi. Au réveil, beaucoup plus calme, dort la nuit. Le 25-2-1941 : 2<sup>e</sup> séance. Après avoir dormi, répond presque correctement aux questions. N'a plus de fuite des idées. Simple état hypomaniaque. Le 1-3-1941 : 3<sup>e</sup> séance. Comportement normal. Travaille. Aide les infirmiers. Sort du service le 15-3-1941.

OBSERVATION N° 11. — *M. ben B. Musulman.* Etat catatonique persistant depuis huit mois, ayant résisté à tout traitement, n'ayant pu être traité par le cardiazol à cause d'une albuminurie.

Dès la première crise, sort de sa catatonie et participe à la vie sociale du service mais ne parle pas. A la suite de la deuxième séance : parle, répond aux questions, demande à travailler. A la sixième séance, la sortie peut être envisagée.

OBSERVATION N° 12. — *R. L. Israélite.* Syndrome schizophrénique datant de plus d'un an chez un ancien fumeur de takroui. Incohérence. Alternative d'agitation et d'hébétéude. Stéréotypie. Rires immotivés. Impulsions.

Dès la première séance, amélioration nette, disparition des stéréotypies, reprise de l'activité. Après la deuxième séance, demande à travailler, plus d'incohérence, plus d'impulsions. Après la troisième séance, comportement quasi-normal. Demande à sortir. Tentative d'évasion soigneusement préméditée. Depuis, amélioration continue et persistante. La sortie peut être envisagée.

OBSERVATION N° 13. — *Mme M. b. A. Musulmane.* Femme atteinte d'un syndrome schizophrénique avec agitation incohérente. Impulsion.

Les six premières séances semblent ne produire aucune amélioration, peut-être au contraire une exagération des symptômes. Le traitement est continué cependant. A la 9<sup>e</sup> séance, il semble que la malade soit plus calme, dorme mieux. Moins d'impulsion. Cependant la plupart des symptômes persistent.

OBSERVATION N° 14. — *Mme S. M.* Européenne, 30 ans. Agitation psychomotrice chez une débile mentale. Léger syndrome d'influence.

Les trois premières séances aggravent nettement l'état de la malade. Ce n'est qu'à la 6<sup>e</sup> crise qu'apparaît une nette amélioration qui persiste depuis trois semaines.

OBSERVATION N° 15. — *Mme E. L.* Maltaise, 40 ans. Schizophrénie ancienne ayant fait suite à une psychose puerpérale. Début en 1935.

Quatre séances aggravent nettement l'état de la malade. Le traitement est abandonné.

OBSERVATION N° 16. — *G. G.* Européenne, 28 ans. Cyclothymique présentant des crises de manie très fréquentes. A l'entrée, état maniaque typique.

1<sup>re</sup> crise : sommeil calme. Diminution de l'agitation mais persistance de la fuite des idées. 2<sup>e</sup> crise : amélioration. Ne parle plus que très peu. Répond correctement aux questions simples. 3<sup>e</sup> crise : comportement quasi-normal. Dort. Fait sa toilette, travaille. Après la huitième séance, la maladie peut être considérée comme cliniquement guérie et sa sortie est envisagée.

OBSERVATION N° 17. — *Mme D. W.* Européenne, 30 ans. Syndrome schizophrénique ancien ayant débuté en 1934. Alternative de phase d'agitation psychomotrice intense et de phase de catatonie avec négativisme, attitudes cataleptiques, mutisme, gâtisme, incohérence. Parfois amélioration permettant à la malade de rentrer dans sa famille, mais il n'y a jamais eu de retour complet à l'état normal, jamais de reprise de l'activité sociale.

Dès la première séance, amélioration légère, s'alimente spontanément. A la 3<sup>e</sup> crise, la catatonie disparaît ainsi que le gâtisme. Après la quatrième séance, demande des nouvelles de sa famille, exprime le désir de voir sa fille, répond correctement aux questions posées, s'intéresse à l'ambiance. Au bout de la septième séance, elle a un comportement normal et peut sortir.

Depuis un mois, a repris la vie familiale et une activité sociale normale.

OBSERVATION N° 18. — *Mlle J. Cl.* Européenne, 18 ans. Malade entrée dans le Service en octobre, présentant du négativisme, de la persévération des attitudes, du gâtisme. Trois semaines après, agitation psychomotrice nécessitant la mise en cellule. Incohérence. Impulsions nombreuses. Obscénité. Erotisme intense.

Commencement du traitement le 3 janvier après échec d'un traitement par le cardiazol. Les trois premières séances n'amènent aucune modification de l'état de la malade. Après la 4<sup>e</sup> crise, amélioration transitoire. Pendant quelques heures, J. C. est calme, répond aux questions et tricote. Même constatation après la 5<sup>e</sup> crise. A la sixième séance,

l'amélioration persiste et se précise. A la quinzième séance, la malade a un comportement entièrement normal et peut être considérée comme cliniquement guérie.

OBSERVATION N° 19. — *H. ben Amor*. Musulman. Syndrome schizophrénique chez un malade âgé de 25 ans. Agitation psychomotrice. Dissociation. Hallucinations auditives et visuelles. Insomnie.

Après neuf séances d'électrochoc : amélioration, meilleur sommeil, diminution de l'agitation et des hallucinations, mais persistance de l'incohérence et des impulsions.

OBSERVATION N° 20. — *R. C.* Européen, 23 ans. Hébéphrénocatatonie datant de 18 mois. Précédemment traité par le cardiazol sans succès.

L'électrochoc semble aggraver l'état d'agitation et des impulsions. Abandon du traitement à la sixième séance.

OBSERVATION N° 21. — *A. ben M.* Musulman, 24 ans. Réformé pour troubles mentaux. Etat de persévération catatonique. Mutisme. Aboulie. Hébétude.

Dès la troisième séance, présente une activité normale. La sortie peut être envisagée.

OBSERVATION N° 22. — *H. ben H.* Musulman, 40 ans. Délire mystique. Refus d'aliment pendant la journée à cause des idées délirantes. Inactivité totale.

Après six électrochocs, disparition des idées délirantes. Activité plus grande, mais la reprise de la vie sociale semble encore impossible.

OBSERVATION N° 23. — *N. b. Y.*, 30 ans. Etat mélancolique ayant succédé à une crise d'agitation psychomotrice.

A la troisième séance, comportement normal. Sortie d'essai avec traitement ambulatoire, deux séances par semaine. Crises d'agitation de type maniaque après la septième séance. Depuis, amélioration.

OBSERVATION N° 24. — *B. b. B.* 28 ans. Atteint de syndrome catatonique avec attitude cataleptique. Mutisme. Gâtisme. Début des troubles, un mois auparavant par agitation et impulsion.

Dès la première séance, le malade se réveille, parle, répond aux questions, mais retombe ensuite dans sa catatonie. Ce n'est qu'à la troisième séance que l'amélioration persiste. A la sixième séance, le comportement est normal. La sortie est demandée.

OBSERVATION N° 25. — *F. L.* 33 ans. Syndrome d'influence datant de plus d'un an avec des idées de persécution, d'auto-accusation.

Traité par le cardiazol. Amélioration légère de peu de durée.

Au bout de sept séances d'électrochoc, amélioration très nette. Il dit

qu'il se sent délivré. Il se rend compte de son état et désire continuer le traitement pour guérir complètement.

*En résumé*, sur ces 25 malades, nous avons obtenu 12 guérisons cliniques. Ces malades sortis du Service, certains depuis le mois de décembre, les autres depuis plus d'un mois, présentent un comportement absolument normal et ont repris leurs occupations habituelles. 7 malades ont été améliorés sans être guéris mais ont pu être repris par leur famille ou le seront incessamment. Dans 4 autres cas, il y a eu amélioration de l'agitation et des réactions antisociales, mais la sortie n'a pu être envisagée. Enfin, dans 2 cas, l'échec a été total et les séances d'électrochoc ont plutôt aggravé tous les symptômes morbides. Il s'agissait d'ailleurs de malades profondément atteints, l'un depuis plus de quatre ans, l'autre depuis un an et demi.

La plupart des cas traités avaient un début récent. Il s'agissait de psychoses fonctionnelles, le plus souvent du type schizophrénique aigu ou subaigu, d'autres fois du type maniaque ou mélancolique.

Il va sans dire qu'aucun n'était atteint de démence organique.

Sur les quelques malades entrant nettement dans le cadre de la cyclothymie, l'électrochoc donna des résultats rapides et brillants. Pour les autres, l'amélioration fut d'autant plus marquée et prompte que le début était plus rapproché et les signes schizophréniques moins profonds.

L'électrisation transcérébrale paraît surtout agir sur les symptômes de la série catatonique et sur l'activité physique et intellectuelle. La plupart des malades disent qu'ils se sentent « délivrés ». Chez le mélancolique, l'angoisse disparaît. Chez tous le sommeil redevient régulier et calme. Rachel B. (Observation n° 7) qui était la proie d'insomnie très marquée, se mit à dormir avec calme dès la première crise. Elle en était si heureuse qu'elle réclamait le traitement.

Un cas nous paraît remarquable, c'est celui de Mme D. W. (Observation n° 17), malade depuis de longues années, se présentant cliniquement comme une hétérophrénocatatonique et cependant cliniquement guérie au bout de huit séances. Nous continuons à la suivre régulièrement et depuis plus d'un mois aucun symptôme morbide n'est apparu.

Il faut également noter que les premières crises amènent parfois une aggravation apparente : il faut persister et n'abandonner qu'au bout d'une dizaine d'électrochoc, si aucune amélioration ne s'est manifestée à ce moment-là.

## CONCLUSION

L'électrochoc présente des avantages considérables :

1° C'est une méthode simple, peu onéreuse, sans danger. Au cours des deux cent-vingt électrisations transcérébrales que nous avons faites jusqu'à ce jour, le seul incident fut une luxation de la mâchoire.

Le cœur n'est pas touché. La composition des urines reste normale alors qu'après injection de cardiazol, on constate fréquemment de l'albuminurie, une énorme décharge de phosphate, la présence de sels et de pigments biliaires et une augmentation de l'azotémie.

2° La crise est en général instantanée. Elle n'est en tout cas jamais précédée d'une période d'angoisse.

3° Le malade n'a pas besoin d'être à jeun et la méthode peut être appliquée à des malades dont l'état général ou l'état rénal contre-indiquerait le cardiazol ou l'insuline. Il est possible de traiter des sujets non hospitalisés.

4° La méthode peut être appliquée sans difficulté à des malades agités, la pose des électrodes étant relativement facile et pouvant être simplifiée par la fabrication d'un compas porte-électrode.

5° La fatigue qui suit la crise est moins marquée que celle qui suit l'injection de cardiazol.

Il n'y a jamais de troubles digestifs, d'état nauséux. Les malades peuvent manger dès qu'ils se réveillent.

6° Etant donné leur innocuité, les crises peuvent être répétées jusqu'à deux fois dans la même journée chez des malades agités.

7° L'électrochoc a une énorme influence sur les troubles du sommeil. Il évite de ce fait l'emploi de doses importantes d'hypnotique. Il semble également agir sur l'angoisse.

8° La crise incomplète semble avoir un effet thérapeutique semblable à celui de la crise généralisée. Il serait peut-être intéressant d'essayer de l'obtenir systématiquement. Il nous semble qu'on l'obtient soit par un passage plus court du courant, soit en plaçant les électrodes légèrement plus bas.

9° Bien que nous n'ayons pas une suffisante expérience de la méthode pour pouvoir donner des directives précises sur ses indications et les résultats qu'on est en droit d'en attendre, il

semble que toutes les psychoses fonctionnelles (schizophrénie aiguë ou subaiguë, manie, mélancolie) en soient justiciables.

Etant donné son innocuité, l'électrochoc peut être essayé sur un grand nombre de cas. Nous l'employons actuellement sur une malade de 50 ans atteinte de délire hallucinatoire ayant débuté il y a quatre mois. Les résultats paraissent bons.

10° Cette thérapeutique ne nous paraît pas devoir concurrencer l'insulinothérapie, méthode extrêmement efficace et comportant d'autres indications, mais elle nous paraît être appelée à remplacer le cardiazol dont elle a tous les avantages sans en avoir les inconvénients.

11° Il est aisé de montrer l'appareil avec les moyens ordinaires dont dispose le laboratoire d'électro-radiologie d'un hôpital.

#### BIBLIOGRAPHIE

Nous nous bornons à citer les mémoires dont nous avons eu connaissance :

- Compte rendu du Congrès Neurologique International de Copenhague, 21-25 août 1939, in *Revue Neurologique*, Tome 72, N° 4, 1939-1940, page 417.
  - Volume de comptes rendus du Congrès Neurologique International de Copenhague (1939) :
    - BINI. — Le choc spasmodique dû au courant électrique.
    - U. CERLETTI et BINI. — L'électrochoc en Neurologie.
  - André PLICHET. — L'électrochoc. Le traitement des affections mentales par les crises convulsives électriques, in *Presse Médicale*, N°s 91-92, 20-23 novembre 1940, page 937. (Cet article contient une bibliographie).
  - O.-L. FOREL (de Prangins). — L'électrochoc en psychiatrie, in *Annales Médico-psychologiques*, XV<sup>e</sup> série, 99<sup>e</sup> année, Tome I, n° 1, janvier 1941.
-

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

*Séance du Jeudi 9 Janvier 1941*

---

**Présidence : M. Achille DELMAS, président**

---

## PRESENTATIONS

**Démence organique à symptomatologie neurologique complexe, par MM. X. ABÉLY, PERIN et PRIOLET**

Nous apportons l'observation d'un état démentiel associé à un syndrome neurologique complexe dont le diagnostic apparaît assez délicat.

Notre malade est âgé de 47 ans. Il est atteint d'un affaiblissement psychique global et profond. Il est désorienté. Le stock de ses idées et de ses souvenirs est fort réduit et stéréotypé. Il présente une excitation psychique puérile, euphorique, monotone et fabulante. Il est facilement irritable et émet brusquement une série d'injures toujours identiques. Il est à peu près inconscient de sa situation, mais garde cependant une vague notion de sa maladie. Il exprime même quelques idées de négation, correspondant peut-être à de véritables troubles cénesthésiques, mais qui ne s'accompagnent d'aucun retentissement affectif. Nous n'avons que très peu de renseignements sur l'évolution de cet état. Nous savons cependant qu'il y a quelques années déjà le malade présentait quelques troubles de la parole et de la marche. Depuis six ans, il était hospitalisé à Nanterre. Il semble que la maladie ait fait en ces derniers mois des progrès assez rapides,



qui n'ont plus permis de conserver le malade à l'hospice. Cet état déméntiel rappelle les affaiblissements psychiques englobés sous le nom de démences organiques.

Ce sont surtout les troubles neurologiques qui font l'intérêt de notre observation.

Signalons, à un point de vue surtout étiologique, que notre malade est un alcoolique chronique et très vraisemblablement un syphilitique ancien. Ancien bataillonnaire, il a eu une vie assez mouvementée. Il peut préciser qu'il a contracté une maladie vénérienne en Afrique avec une négresse. Il présente un signe d'Argyll et des troubles de la sensibilité profonde (anesthésie de la crête tibiale, du cubital, algésie du larynx, hyperalgésie des testicules) qui peuvent faire songer à un tabes fruste. Les réactions humorales sont en faveur d'une origine spécifique, bien que les réactions des antigènes soient, actuellement du moins, négatives :

Sang : réactions de Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn : négatives.

Liquide céphalo-rachidien : Albumine : 0,80 ; leucocytes : 4. Pandy et Weichbrodt positifs ; Benjoin : 22222, 22222, 00000 ; Meinicke et Wassermann négatifs.

Les troubles neurologiques qui prédominent nettement sont ceux de l'équilibre et de la coordination motrice. Cette ataxie, ainsi d'ailleurs que les autres symptômes, n'est pas aggravée par l'occlusion des yeux. De plus les mouvements conservent leur direction intentionnelle. L'incoordination paraît donc être du type cérébelleux et non du type tabétique. Si l'on analyse de plus près les éléments de cette incoordination, on s'aperçoit qu'elle relève de la dysmétrie et du tremblement intentionnel. On trouve d'ailleurs la plupart des symptômes du syndrome cérébelleux, sauf toutefois le nystagmus.

*Syndrome cérébelleux.* — Nous énumérons les signes observés :

— troubles typiques de l'équilibre dans la situation debout et dans la marche (oscillation, tendance à la chute) ;

— dysmétrie très marquée ;

— adiadicocinésie ;

— tremblement kinétique intentionnel ;

— asynergie ;

— catalepsie (signalons une catalepsie cervicale très spéciale ; le malade couché ne repose jamais sa tête sur l'oreiller).

Toutefois le syndrome cérébelleux ne saurait englober tous les troubles observés et expliquer entièrement toute la pathologie motrice. Nous trouvons de façon certaine des signes d'une lésion striée ou du moins extra-pyramidale qui sont les suivants :

*Syndrome extra-pyramidal :*

— Attitude soudée au repos et faciès figé ;

— hypertonie kinétique très marquée (dès que le malade se met en mouvement l'hypertonie se manifeste de façon intense ou s'exagère) ;

— perte des mouvements automatiques (défaut de balancement des bras, signe de renversement) ;

— troubles de la parole ;

— ébauche de palilalie et d'écholalie ;

— ébauche de rire spasmodique.

A certains moments la maladie rappelle singulièrement la maladie de Wilson, la pseudo-sclérose de Westphall Strumpell.

Le malade, qui est un alcoolique chronique avéré, présente une insuffisance hépatique, mais il est difficile d'établir un lien entre cette lésion hépatique et la lésion neurologique ; on n'observe pas en tout cas de pigmentation de la cornée.

*Syndrome pyramidal.* — Le trouble clinique est plus complexe encore, car on peut déceler une paraplégie spasmodique avec prédominance sur le membre inférieur gauche. L'hypertonie n'est pas seulement extra-pyramidale, elle est aussi pyramidale. On note une exagération des réflexes rotuliens surtout marquée à gauche et de ce côté un clonus du pied et un signe de Babinski.

*Autres particularités.* — Nous devons enfin signaler les particularités suivantes :

— une légère scoliose qui incurve le corps du côté gauche et facilite la perte d'équilibre de ce côté ;

— un léger steppage du côté droit ;

— l'abolition du réflexe cutané abdominal, tandis que le réflexe crémastérien est conservé ;

— l'absence de troubles de la sensibilité superficielle (tactile, douloureuse, thermique) ;

— un gâtisme qui ne semble pas d'origine purement démentielle.

Nous devons maintenant faire la synthèse de ces divers syndromes et symptômes. Il s'agit évidemment d'une lésion nerveuse diffuse multiloculaire et très probablement d'une syphilis nerveuse et surtout encéphalitique. Peut-on rattacher ce cas à une maladie plus précise ?

L'association d'un syndrome cérébelleux et d'un syndrome pyramidal évoque le diagnostic de sclérose en plaques. Sans doute, le nystagmus ici fait défaut. Sans doute, la formule humorale (hyper-albuminose, précipitation du benjoin dans la zone syphilitique) est très atypique. Encore pourrait-on soutenir qu'il s'agit d'une sclérose relevant d'une étiologie syphilitique sur le compte de laquelle on peut mettre la présence du signe d'Argyll et des troubles de la sensibilité profonde. Ce sont là des détails

secondaires. Ce qui apporte plus de doute à ce diagnostic, c'est l'importance prise dans notre cas par le syndrome strié. On a décrit, il est vrai, dans ces dernières années, des scléroses en plaques avec symptomatologie extra-pyramidale (voir travaux d'ensemble de Grigoresco, de Scherrer). Mais ces cas sont très rares et n'offrent généralement pas une telle prépondérance du syndrome strié. On découvre assez souvent, dans la sclérose en plaques ordinaire, des plaques typiques au niveau des corps striés sans qu'elles se révèlent cliniquement.

On a remarqué que, dans les cas cités d'appoint symptomatique extra-pyramidal, les plaques devaient être multiples et bilatérales.

Dans notre cas, la lésion striée devrait revêtir une forme plus massive encore. C'est pourquoi nous faisons toutes réserves sur ce diagnostic qui semble à première vue le plus satisfaisant et nous avouons notre incertitude sur la place nosologique qui convient à notre observation.

M. LAIGNEL--LAVASTINE. — L'examen clinique, ainsi que l'examen du liquide céphalo-rachidien, imposent le diagnostic de sclérose en plaques d'origine syphilitique.

M. BARBÉ. — Quel est l'état mental du malade ? Se comporte-t-il comme un dément ? Présente-t-il des idées délirantes mégalo-maniaques ?

M. X. ABÉLY. — Oui, le malade présente une démence globale, profonde, avec des idées délirantes monotones. Au premier abord, on songe, en présence du syndrome mental, à la paralysie générale, que fait éliminer le tableau neurologique.

**Délinquance juvénile. Syndrome de démence précoce ; gliose cérébrale évolutive,** par MM. L. MARCHAND, G. DEMAY, A. SOULAIRAC et J. NAUDASCHER.

Parmi les délinquants juvéniles que les médecins experts ont à examiner et que les Tribunaux ont à juger, le plus grand nombre présente des tares héréditaires, entretenues ou aggravées par des conditions de vie anormale. A côté de ce groupe, il y a de jeunes délinquants qui sont atteints d'affections graves du cerveau. La maladie cérébrale peut ne se traduire cliniquement, pendant des années, que par les mêmes symptômes que ceux du pre-

mier groupe, c'est-à-dire par des anomalies du caractère, du jugement, par du déséquilibre mental, aucun symptôme neurologique ou humoral ne permettant de faire le diagnostic de la maladie cérébrale. Ce n'est que longtemps après le début du comportement anormal que l'évolution des troubles permet d'affirmer que ces adolescents, considérés d'abord comme des constitutionnels psychopathiques, sont atteints d'une maladie cérébrale grave. L'exemple suivant montre combien les conclusions des expertises médico-légales doivent faire de réserves sur l'avenir cérébral et mental de ces jeunes sujets qui, heureusement, sont maintenant dépistés et pris en charge par l'Œuvre d'Assistance sociale.

OBSERVATION. — N., Suzanne, 17 ans, entre à Maison-Blanche le 9 novembre 1937 (1).

Dans les antécédents : rougeole à 5 ans ; réglée à 14 ans.

Dès l'enfance, caractère difficile, colères violentes. A l'école elle est considérée comme une « forte tête ». Pas de certificat d'études. Elle est placée comme vendeuse dans une crèmerie à l'âge de 14 ans. Elle se montre indocile ; elle n'accepte pas les observations, frappe ses compagnes. Nombreuses places. Dès l'âge de 15 ans, elle abandonne le domicile de ses parents, déclare qu'elle veut « vivre sa vie ». En septembre 1936, blennorragie, soignée pendant deux mois à l'hôpital Tenon. A sa sortie ses parents tentent de la placer dans une institution religieuse, mais elle n'y reste pas et, dès le mois de novembre, elle reprend sa vie instable, ne travaillant qu'irrégulièrement, se livrant à la prostitution.

En février 1937, elle est arrêtée pour vagabondage et placée à l'Ecole de Préservation des Prisons de Fresnes. Elle présente alors un épisode d'excitation, sur lequel nous n'avons pu obtenir de renseignements précis, mais qui semble avoir comporté des éléments confusionnels (insomnie, hallucinations auditives, réactions anxieuses). Puis survient en octobre un état dépressif, qui nécessite son admission à l'hôpital Henri-Rousselle. Elle est internée le 4 novembre à l'hôpital psychiatrique Sainte-Anne avec le certificat suivant : « Stupeur d'aspect mélancolique, bradypsychie, demi-mutisme, attitude figée, anxiété par intervalles. Hallucinations auditives probables, entendait des gens qui parlaient sous sa fenêtre, des éraquements sous son lit. Inertie et apathie profondes, incurie, opposition passive. Notion d'un épisode d'excitation en février 1937 lors d'un premier séjour à Fresnes. » (Dr Pichard.)

(1) Un résumé de la partie clinique de cette observation a déjà été publié dans une précédente communication : Cardiazol et troubles pulmonaires (Observ. III). *Soc. Méd. Psych.*, 22 mai 1939.

Elle est transférée à Maison-Blanche quelques jours plus tard. A son arrivée elle est déprimée, parle à voix basse, pleure ; les réponses ne sont obtenues qu'avec beaucoup d'insistance ; l'attention, la mémoire, l'orientation sont déficitaires. Elle peut cependant donner quelques renseignements sur sa vie passée, son traitement à l'hôpital Tenon, son arrestation par un agent de la police des mœurs. Hallucinations auditives nettement caractérisées ; elle entend la voix de son père, de sa belle-mère. Alternatives de calme et d'agitation anxieuse : on veut la couper en morceaux, on l'endort avec de l'électricité ; autour d'elle il y a des gangsters. Dans son lit elle sent des bêtes qui la piquent. Elle cherche fréquemment à se lever, fait des difficultés pour s'alimenter.

Les réactions sanguines humorales sont négatives. Elles le sont également dans le liquide céphalo-rachidien sauf un benjoin de type méningitique : 00000, 22222, 11000. Aucun signe neurologique.

Très rapidement (décembre 1937, janvier 1938) le comportement se modifie. La malade se montre indifférente, négligée dans sa tenue, ne faisant pas sa toilette, ne s'intéressant à rien. Elle ne s'ennuie pas, ne se plaint de personne, veut bien rester à Maison-Blanche. Par contraste avec cette attitude, il lui arrive de pleurer, mais sans que ses larmes s'accompagnent de réactions dépressives ou de propos mélancoliques, et sans les expliquer. A d'autres moments elle se montre souriante, chante, gesticule. Propos contradictoires souvent absurdes tels que : « Nous sommes à Barkana, à Zanaritels, c'est une île déserte située dans l'Océan Atlantique. Avant, j'étais à Buenos-Aires, j'ai sauvé cinq fois le monde entier. Je suis née à Micinéké, à Barkana ; mon père est maçon, ma mère est chat matiné, c'est une race de chien de mer. »

Du 10 février au 13 avril, la malade est traitée par le cardiazol intraveineux. Les effets des injections sont très inégaux. Une première dose de 0 gr. 50 ne détermine que de la pâleur du visage et un état d'agitation motrice avec logorrhée, chants et mots stéréotypés. Sur sept injections de 0 gr. 60, trois crises convulsives, quatre résultats négatifs ; deux injections de 0 gr. 70 non suivies d'effet ; trois injections de 0 gr. 80 dont deux déterminent une crise épileptique et un accès anxieux. A partir du 13 avril le traitement est interrompu tant en raison de l'inconstance de l'action convulsivante que du mauvais état des veines.

Le syndrome hébéphréno-catatonique loin de s'améliorer s'accroît encore. Maniérisme, chants, rires immotivés, approbativité, érotisme, troubles profonds de l'identification (ne reconnaît pas ses parents), malpropreté, grimaces, stéréotypies, verbigération, salade de mots. Agitation motrice, turbulence.

En juin 1938, apparition d'une pleuro-pneumonie gauche, pneumocoques dans les crachats, épanchements sérofibrineux. L'examen radiologique montre deux foyers de condensation, l'un péri-hilaire, l'autre à la base.

Une ponction lombaire montre un liquide céphalo-rachidien normal, notamment en ce qui concerne la lymphocytose, le taux du glucose et du chlore.

Aggravation de l'état général ; le poids tombe de 47 kgrs en mars à 39 kgrs en août.

La température, redevenue normale en juillet, remonte en novembre et de grandes oscillations de type hectique apparaissent. Une radiographie montre l'envahissement du poumon gauche en totalité et, à droite, l'infiltration de la base et des deux premiers espaces intercostaux. Bacilles de Koch dans les crachats.

En janvier 1939, l'agitation jusqu'alors très marquée s'apaise. La malade est souriante, aimable pour l'entourage, tout en restant très désorientée et inconsciente de son état. Emaciation, escarres. Le 24 janvier, crise épileptique avec pâleur du visage, convulsions généralisées, incontinence d'urines. Cette crise ne s'est pas renouvelée, mais la malade présentait en dernier lieu un signe de Babinski positif à gauche, ainsi que l'exagération des réflexes tendineux du membre inférieur gauche. Décès le 17 février 1939.

*Autopsie.* — Poumon gauche : adhérences pleurales ; infiltration tuberculeuse généralisée. Poumon droit : adhérences pleurales ; plusieurs cavernes au sommet. Cœur : 190 grs ; pas de lésions macroscopiques. Foie : 1.200 grs ; congestion. Rate : 130 grs. Reins : droit : 100 grs ; gauche : 120 grs. Péritoine : Rien à signaler.

Des morceaux de foie, de rate, de reins, de cœur sont prélevés pour examen microscopique.

*Encéphale.* — Quelques suffusions sanguines pie-mériennes à la face convexe de l'hémisphère droit. Veines gorgées de sang. Aucune autre lésion.

*Hémisphère droit :* Au niveau de la partie antérieure de la première et de la deuxième frontales droites le cortex présente un aspect grisâtre foncé avec piqueté hémorragique, une certaine dureté au toucher.

*Hémisphère gauche :* Au niveau du sillon séparant la première de la deuxième frontale à sa partie moyenne, petite dépression en cupule du volume d'une noisette. Sur les coupes, à ce niveau, on ne note aucune lésion localisée.

Rien de particulier dans les noyaux gris centraux et le cervelet.

Pas d'athérome des artères cérébrales. Pas de granulations du plancher du quatrième ventricule.

L'hémisphère droit pèse 520 grs, le gauche 515 grs, le cervelet et le bulbe 150 grs.

*Examen microscopique.* — *Cerveau :* Pie-mère : suffusions sanguines, la paroi adventitielle de quelques vaisseaux est épaissie ; aucune réaction inflammatoire.

Dans la première et la deuxième circonvolutions frontales droites

la substance blanche et la substance grise sont parsemées de nombreux foyers de sclérose cicatricielle, se présentant par places sous formes de traînées. Ces zones sclérosées sont constituées à leur centre par de petites cellules névrogliques tassées les unes à côté des autres tandis qu'à leur périphérie les cellules névrogliques possèdent un corps protoplasmique hyperplasié avec des prolongements nombreux et épais, et renfermant un ou plusieurs noyaux volumineux.

Dans ces régions, les vaisseaux ont des parois épaissies et leur adventice est infiltré de quelques cellules embryonnaires.

Les parties sclérosées situées dans la substance grise troublent l'architecture cellulaire. A leur niveau, autour du tissu cicatriciel, les fibres et les cellules se disposent sous forme de tourbillons. Aucune perte de substance, aucune zone nécrosée ou dégénérée.

Les cellules ganglionnaires sont atrophiées. Nombreuses cellules oligodendrogliques sont globuleuses et gonflées.

Dans les autres régions corticales, on note une disposition anormale des diverses couches cellulaires et les éléments névrogliques sont nettement hyperplasiés. Lésions cellulaires aiguës diffuses.

Tout le cortex et la substance blanche sous-corticale sont parsemés de très nombreux foyers d'hémorragies miliaires d'origine récente par rupture des parois des capillaires.

Dans les noyaux gris centraux on ne note que des lésions cellulaires aiguës. Les hémorragies capillaires si nombreuses dans le cortex cérébral font totalement défaut.

*Pédoncules cérébraux et bulbe* : Lésions cellulaires aiguës. Quelques hémorragies capillaires dans le bulbe.

*Cervelet* : Lésions cellulaires. Aucune altération méningée.

*Organes* : Présence de follicules tuberculeux dans le foie et la rate. Rien de particulier concernant les reins et le cœur.

Chez cette jeune fille, dont le comportement anormal s'est manifesté d'abord par des troubles du caractère, du déséquilibre mental et des actes anti-sociaux, nous notons, à côté de lésions cérébrales aiguës, paraissant en rapport avec un traitement cardiazolique récent, des foyers anciens et organisés de sclérose cérébrale. Ces lésions se sont traduites cliniquement d'abord par un état de déséquilibre mental rappelant les états constitutionnels et plus tard par un syndrome de démence précoce.

Ce cas est à rapprocher de certaines formes évolutives d'encéphalite épidémique, avec cette différence toutefois que, chez cette malade, aucun symptôme neurologique ne venait s'associer aux troubles mentaux. Ce n'est que quelques semaines avant la mort qu'apparurent une crise épileptique et des signes d'irritation corticale.

Les caractères de cette sclérose cérébrale sont bien particuliers ; les foyers sont localisés principalement dans les axes blancs et la substance grise de la 1<sup>re</sup> et de la 2<sup>e</sup> circonvolutions frontales droites, ce qui explique leur latence symptomatique au point de vue neurologique. Leurs parties centrales sont formées surtout de sclérose fibrillaire tandis que leur zone périphérique est constituée par des astrocytes volumineux en voie de prolifération active. Cette sclérose est pauvre en vaisseaux et les réactions vasculaires sont très peu accusées. On ne note aucune zone de nécrose. Il semble qu'il s'agisse d'une sclérose de remplacement dont le processus cicatriciel a conservé une tendance proliférative. Les caractères et les particularités de la lésion primitive ne peuvent être précisés actuellement. La pathogénie reste obscure.

Il est enfin intéressant de noter que chez cette jeune personne qui est morte de granulie, l'on n'observe aucune lésion vasculaire inflammatoire méningée ou cérébrale de nature tuberculeuse alors que les poumons, le foie et la rate sont farcis de follicules tuberculeux.

M. Ach. DELMAS. — Trouve-t-on, dans l'enfance de la malade, le point de départ du processus gliomateux ?

M. MARCHAND. — Non, elle n'a eu qu'une rougeole à 5 ans. Et les lésions cicatricielles que l'on trouve ne permettent pas d'induction sur leur origine.

**Représentations aperceptives ou hallucinations hypnagogiques au cours d'un délire passé à la chronicité, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, H. MIGNOT et MENANTEAU.**

Les phénomènes psycho-sensoriels visuels ne sont pas très fréquents au cours des délires chroniques systématisés. La malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société Médico-psychologique nous paraît intéressante à cet égard ; il s'agit d'un délire chronique de persécution hyposthénique en voie de réduction ; depuis sept ans son activité morbide se résume pratiquement à des représentations visuelles aperceptives, que leurs conditions d'apparition apparentent le plus souvent aux hallucinations hypnagogiques ; la malade n'accorde pas à ces représentations mentales une valeur d'objectivité, mais elle les



interprète comme une torture qui lui est infligée par ses persécuteurs.

OBSERVATION. — Mme L. est actuellement âgée de 71 ans.

Ses antécédents héréditaires ne permettent de mettre en évidence aucune tare psychopathique ou somatique digne d'attirer l'attention.

Dans ses antécédents personnels on ne relève rien de particulier. Il s'agit d'une femme d'intelligence normale, mais dont l'instruction est rudimentaire. Domestique de grande maison, elle est restée fort longtemps dans les diverses places où elle a travaillé. Elle perdit son mari à l'âge de 57 ans. A partir de cette époque, elle vécut seule avec ses enfants et fait des ménages.

A l'âge de 64 ans, sept ans après la mort de son mari, les premiers troubles mentaux apparaissent ; ils sont ceux qui caractérisent la phase d'inquiétude précédant l'éclosion des délires chroniques : impression d'imminence de danger suspendu au-dessus d'elle ; elle craint d'être suivie dans la rue, se demande si elle n'est pas malade. Quatre mois plus tard, c'est assez brusquement l'éclosion d'un délire hallucinatoire et interprétatif.

Le thème de ce délire est à double face, à la fois de persécution et d'auto-accusation. La malade se croit atteinte de syphilis. Elle pense qu'elle a pu être contaminée par un homme qu'elle a rencontré avant son mariage, qui lui fit la cour, mais avec lequel, semble-t-il, elle n'a jamais eu de rapports sexuels. C'est en raison de cette syphilis qu'elle est en butte aux persécutions d'un groupe d'individus qu'elle identifie mal. Ceux-ci cherchent à la faire disparaître et probablement sont décidés à l'assassiner.

Ce délire se projette en hallucinations auditives. Elle a entendu des ouvriers dire : « Qu'est-ce qu'elle va faire comme tête, quand cela lui arrivera ! » Plus tard, des menaces directes : « On te tuera ; on aura ta peau. » Mais le mécanisme interprétatif semble être au premier plan : elle voit un homme affûter son couteau sur le trottoir, un autre faire semblant de se déshabiller ; autant de faits qui signifient qu'on la déshabillera et qu'on la massacrera.

Ce délire, dans sa structure, reste extrêmement systématique et perméable, englobant dans son réseau des faits passés et actuels, en continuité avec la personnalité générale de la malade.

Il s'accompagne de réactions affectives vives, de teinte mélancolique, qui se font jour dans le délire lui-même : c'est sa faute si elle est persécutée ; elle a peut-être été imprudente ; en tous cas elle est syphilitique et c'est cette tare qu'elle paie.

A son entrée à la Clinique l'anxiété était très marquée, s'exagérant en paroxysmes et s'accompagnant d'idées de suicide.

Les certificats de cette époque font état d'un affaiblissement intellectuel important, avec désorientation temporo-spatiale, et troubles de la mémoire.

En résumé, Mme L. apparaissait alors comme atteinte d'un délire hyposthénique de persécution avec dépression secondaire, probablement symptomatique d'un affaiblissement présénile.

Depuis 7 ans qu'elle est dans le service, cette malade s'est beaucoup transformée ; on a assisté au dépouillement et à la réduction progressive du délire et surtout des manifestations dont il était accompagné.

Ce qui était apparu comme le témoin d'un affaiblissement psychique semble avoir été beaucoup plus de l'ordre de la confusion que de la démence. En effet, actuellement, la malade est parfaitement orientée, sa mémoire est peu touchée, son attention normale, son jugement sain ; les notions acquises sont sans doute pauvres, mais il s'agit d'une femme assez fruste et sans instruction.

Mme L. était mélancolique ; actuellement son affectivité est normale ; souvent même elle se présente avec un visage ouvert et gai ; elle cause volontiers à ses voisines, plaisante et surtout s'occupe.

La réadaptation dans le cadre restreint de la vie asilaire a été très complète. La malade travaille ; ancienne cuisinière, elle prépare les repas des infirmières ; elle est considérée dans le service comme une excellente travailleuse.

Les idées délirantes n'ont point subi une réduction aussi importante, mais la malade ne s'en occupe plus guère. Certes, elle ne rectifie rien ; elle croit toujours qu'elle est syphilitique et qu'on a cherché à la faire disparaître pour cette raison ; mais elle ne veut plus y penser. De même, elle ne reconnaît pas le caractère pathologique des hallucinations qu'elle a présentées à la phase active de sa psychose.

Elle n'a plus actuellement aucune hallucination auditive, aucun phénomène d'automatisme mental et ne se livre plus à des interprétations morbides.

Toute cette réduction s'est faite de façon extrêmement progressive, en même temps qu'apparaissaient les troubles psycho-sensoriels visuels dont nous allons maintenant parler.

Il y a environ 5 ans qu'ils ont débuté. Leurs conditions d'apparition sont bien particulières. Les scènes auxquelles elle assiste lui apparaissent la nuit, surtout au moment de l'endormissement et du réveil. Femme âgée dont le sommeil est léger, elle assiste souvent au cours de la nuit, dans les phases de réveil, à ces scènes hallucinatoires. Mme L. insiste sur le fait que plus souvent, c'est en fermant les yeux qu'elle voit ces tableaux. C'est ainsi qu'elle nous dit : « Cette nuit, j'ai vu cinq à six personnes, et tout de suite j'ai ouvert les yeux pour ne pas voir. » Dans d'autres cas, il est juste de le noter, elle a les yeux ouverts ; elle nous dit : « J'ai vu dans un rayon de lune qui filtrait à travers la fenêtre toute une scène de carnage. » D'autres fois encore l'hallucination se mêle aux perceptions actuelles et sur les draps de son lit elle a vu courir des personnages.

Les scènes auxquelles elle assiste sont parfois dépourvues de toute valeur affective. Elle voit un mariage, des chats qui courent dans la

pièce. Mais beaucoup plus souvent ces images sont dramatiques : ce sont des scènes de carnage ; un homme éventré, une femme torturée, ou encore des scènes lubriques. Les thèmes sexuels sont fréquents, mêlés d'horreur : on arrache à un homme ses organes sexuels, on éventre une femme. Chez cette personne, dont la vie semble avoir été toute unie, qui insiste sur sa conduite irréprochable, les hallucinations ont ainsi une valeur de contraste, ou peut-être, si l'on préfère, de compensation.

Les tableaux auxquels elle assiste sont très riches. Les personnages sont multiples. Ce sont souvent des foules. Ces tableaux sont animés. Le mouvement est très grand. Les personnages ont leur taille normale ; parfois ils sont colorés. Souvent, seuls quelques éléments du tableau sont précis, le reste se fond en une masse confuse et mouvante, dont elle ne saisit pas tout d'abord la signification.

Mme L. sait parfaitement qu'il s'agit de scènes sans aucune réalité ; toutefois, dit-elle, elle est parfois prise au piège ; c'est ainsi que croyant voir un petit chat au bord de son lit, elle a étendu le bras pour le rattraper au moment où elle croyait le voir tomber.

A côté de ces hallucinations hypnagogiques, notre malade voit parfois dans la journée se profiler sur les murs nus des silhouettes en ombres chinoises qu'elle distingue mal. Ce sont le plus souvent des visages grimaçants et elle détourne les yeux.

Tous ces phénomènes, bien qu'ils soient considérés par la malade comme dépourvus d'existence réelle, constituent actuellement la manifestation essentielle de son trouble mental. Et, en effet, elle croit que ce sont ses persécuteurs qui lui font voir ces scènes pour la tourmenter. Ils lui montrent ainsi quel sort on aurait pu lui réserver ; comment on aurait pu la massacrer, l'éventrer pour l'empêcher de contaminer l'entourage par sa syphilis.

Mais Mme L. se défend de réfléchir sur ses hallucinations ; elle aime peu en parler et actuellement ces scènes semblent peu à peu perdre de leur caractère dramatique pour n'être plus que des représentations scéniques déchargées de toute valeur affective.

L'examen somatique de notre malade ne nous a pas permis de mettre en évidence des altérations importantes. Il s'agit d'une scléreuse dont les artères sont dures, la tension artérielle élevée (18-12) ; le deuxième bruit aortique est clangoreux. Il n'existe aucune altération organique du système nerveux décelable en clinique.

L'urée sanguine est à 0 gr. 32 0/00. Les réactions humorales sont normales dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

L'examen de l'appareil sensoriel visuel était particulièrement intéressant ; il a donné les résultats suivants :

Pupilles : réflexe photomoteur segmentaire à gauche ; la partie inférieure de l'iris gauche réagit mal ; pas de synéchies anciennes ; — fond d'œil : pas de lésion ophtalmologique ; hypertension veineuse

rétinienne ; hypotension artérielle ; pas d'altération décelable du champ visuel ; acuité visuelle : V.O.D. 2/3, V.O.G. 2/3.

*En résumé*, il s'agit d'un délire chronique de persécution hyposthénique ayant évolué vers une réduction progressive. Parallèlement à cette régression on a assisté à l'apparition de phénomènes psycho-sensoriels visuels particuliers.

Au cours des délires passés à la chronicité, les phénomènes psycho-sensoriels visuels ne sont pas très fréquents, ici ils prennent une importance considérable ; chaque nuit, peut-on dire, la malade éprouve ces phénomènes et même au cours de la journée, s'ils sont de caractère différent, ils ne sont pas absents. C'est le phénomène inverse de ce que nous voyons couramment en clinique : le malade passant de l'hallucination visuelle à l'hallucination auditive.

Les phénomènes psycho-sensoriels éprouvés par notre malade diffèrent sensiblement des illusions de la vue ; ils peuvent se passer de toute sensation actuelle, c'est ainsi que Mme L. nous dit : « J'ai vite ouvert les yeux pour ne pas voir ».

À cet égard, le phénomène se rapproche de l'auto-représentation aperceptive ; ces images ont toutefois un caractère frappant de sensorialité par leur intensité, leur mouvement, leur couleur — assez comparables, à la taille près, aux hallucinations lilliputiennes.

Le caractère essentiel de ces représentations est de ne pas entraîner la croyance à l'objectivité ; par là, ce phénomène psycho-sensoriel mérite d'être séparé de l'hallucination, c'est une hallucinose comparable à celle que l'on peut observer dans certaines atteintes limitées du système nerveux.

Cette hallucinose apparaît dans des conditions particulières, dans l'état de demi-sommeil, au réveil et à l'endormissement : elle est hypnagogique. Dans la journée elle n'atteint jamais au même degré de sensorialité.

Mais cette hallucinose nous l'observons chez une ancienne délirante ; son apparition s'est développée parallèlement à la réduction du délire ; elle est du reste en continuité avec le trouble psychopathique ; si elle n'entraîne pas la croyance à l'objectivité, par contre elle est interprétée comme la conséquence de la malveillance des persécuteurs et les thèmes de ces représentations sont chargés des préoccupations dominantes de la malade.

Tout se passe comme si le trouble mental s'étant atténué la projection hallucinatoire était dégradée et incomplète. Elle est

incomplète car elle apparaît surtout dans des états de demi-conscience (réveil et endormissement) et surtout parce qu'elle n'entraîne pas la conviction de réalité. Elle diffère cependant des représentations mentales des sujets normaux, car elle est interprétée comme produite de l'extérieur par les persécuteurs. En somme, nous avons tendance à considérer ce phénomène comme une hallucination dégradée, dégradation parallèle à la réduction progressive des troubles mentaux de la malade.

M. GUIRAUD. — On a coutume de négliger les hallucinations visuelles dans les délires chroniques. Depuis Lasègue on répète que les hallucinations auditives constituent le fond du délire. Or, voici une dizaine d'années, un de mes élèves a consacré sa thèse aux hallucinations visuelles au cours des délires chroniques, il les a rencontrées dans 8 % des cas ; parfois même, le délire est presque entièrement construit avec ces hallucinations visuelles. Mais elles sont très différentes de l'onirisme. Dans l'onirisme, il y a croyance à la réalité des visions. Dans le délire chronique le malade dit : « On me fait voir », il s'agit de phénomènes d'esthésie mais pas à proprement parler de croyance à la réalité ; le malade compare ses hallucinations à un cinéma auquel il assisterait. En ce qui concerne cette malade, qui est déjà âgée, on pourrait expliquer son hypnagogisme par un trouble organique.

M. CEILLIER. — C'est surtout dans le syndrome d'automatisme mental qu'on rencontre des hallucinations visuelles. Il s'agit surtout de représentations. Les malades voient en pensée. Le cas limite de ce phénomène est la vision intellectuelle où il n'y a plus, à proprement parler, de vision, mais un sentiment de présence comme dans les états décrits par sainte Thérèse.

M. GUIRAUD. — Si l'on estime que les hallucinations auditives n'ont pas d'objectivité, on peut admettre les mêmes conditions pour les hallucinations visuelles, mais dans les cas que j'ai observés je peux dire qu'il y avait objectivation.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Ce cas est justement frappant par la vigueur de l'hypnagogisme. Les représentations sont tellement vives que parfois la malade fait effort pour saisir les sujets qu'elle voit passer devant elle. Evidemment, elle a 71 ans et l'on peut discuter la part d'un facteur auto-toxique dans la genèse de ces phénomènes.

**Un cas d'anarthrie d'origine traumatique,**  
par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, LIONEL VIDART et G. DESHAIES.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société un malade dont les troubles du langage sont d'origine traumatique. L'étude clinique de ce cas nous a paru très intéressante car il s'agit de troubles partiels que le sujet, dont les facultés intellectuelles sont intactes, est capable d'analyser avec une finesse toute particulière. Voici son histoire :

Il s'agit d'un sujet de 53 ans, vendeur de bonneterie de son métier. Le 28 novembre 1939, alors qu'il était à bicyclette, il fut renversé dans la rue par une automobile. Transporté à l'hôpital Marmottan dans un état comateux, il fut dès le lendemain matin transféré au pavillon de chirurgie de l'hôpital Sainte-Anne, en raison d'une vive agitation accompagnée de confusion mentale. Il avait une fracture de la voûte du crâne et, d'urgence, on lui fit une trépanation pariétale gauche. Dans le compte rendu opératoire on signale l'existence d'un hématome sus-dure-mérien, de battements et d'une petite déchirure de la dure-mère. La réapparition des premiers souvenirs paraît être survenue huit jours environ après l'accident. Il fit, à cette époque, un séjour de trois semaines à l'hôpital. Depuis ce moment, il est atteint de troubles aphasiques qui se sont progressivement améliorés, grâce à des efforts constants de rééducation. Ils sont encore importants aujourd'hui et il paraît utile d'en étudier les modalités.

Ce malade parle. Il parle même, par intervalles, d'abondance, avec une volubilité, avec une précipitation qui mettent encore en valeur les imperfections de son langage.

Les troubles de la parole sont prédominants. Au cours de la conversation engagée avec lui, l'étude de la parole spontanée met en évidence de la dysarthrie. Après quelques mots prononcés très correctement il s'arrête, puis survient un mot complètement déformé souvent méconnaissable. Enfin, après plusieurs essais successifs et infructueux, il parvient en général à articuler exactement le mot recherché. En voici quelques exemples : « Quand je suis venu vous voir jeudi dernier, j'avais les doigts un peu... broids, un peu... un peu... froids. La difficulté vient de ce que je cherche des phrases... enserres... en... entières. » Il y a souvent du télescopage, de l'inversion ou de l'élision des syllabes. Si nous lui demandons de répéter une phrase, dite devant lui, il n'y a pas d'écholalie mais les mêmes phénomènes dysarthriques apparaissent. Il répète par exemple la phrase : « Il fait beau temps aujourd'hui » de la façon suivante : « Il fait do... dro... beau temps aujourd'hui. » Il est intéressant de noter que ce sujet sait un peu d'anglais et d'allemand. A l'opposé de ce qui se produit quelquefois chez des malades du même genre, on retrouve

les mêmes défauts d'articulation dans la prononciation des mots étrangers.

La parole chantée est également troublée. Nous l'avons prié de chanter le premier couplet de *La Marseillaise*. Voici le résultat : « Allons enfants de la... farine... Non je ne peux pas. » Par contre, il siffle l'air très correctement. Il a d'ailleurs des dispositions auditives et musicales et joue très bien de la mandoline. On ne trouve donc chez lui aucun degré d'amnésie.

Nous avons soigneusement étudié la compréhension du langage par les épreuves de répétition de la parole et par celles de l'exécution d'ordres simples d'abord, puis de plus en plus complexes. Tous les propos tenus devant lui paraissent parfaitement compris. Les ordres sont exécutés avec rapidité. L'épreuve des trois papiers en particulier a été très correctement faite. Il n'a pas de troubles de la reconnaissance des objets. Il existe seulement quelques hésitations pour dénommer certains objets usuels, en rapport, pensons-nous, avec la difficulté d'articulation. Le langage parlé chez lui est toujours parfaitement compris. Il n'y a donc pas de surdité verbale. L'étude de la lecture a été faite à voix haute et à voix basse, de textes manuscrits et imprimés. Au cours de ces différentes épreuves, on s'aperçoit encore que le texte est toujours compris dans l'ensemble et dans les détails. Mais la lecture à voix haute extériorise aussi les troubles de l'articulation du langage.

Il n'y a pas à proprement parler d'agraphie. Cependant, les épreuves d'écriture spontanée, de copie, et d'écriture sous dictée montrent une certaine tendance à la dysgraphie et parfois une certaine hésitation dans l'écriture des mots qu'il ne pourrait pas prononcer correctement. Il semble qu'il y ait une corrélation entre les troubles de l'articulation verbale et la dysgraphie constatée à certains moments.

Il n'y a pas d'agnosie visuelle. Les couleurs sont exactement identifiées. Il n'y a pas non plus d'agnosie tactile : il est parfaitement capable d'identifier les objets par le tact. Il n'a pas non plus de difficulté à exécuter un acte simple ou une série de mouvements concourant à un but déterminé. Ce sujet n'a donc ni apraxie idéomotricice, ni apraxie idéatoire. Enfin, la représentation spatiale est conservée. La représentation de dessins géométriques, de labyrinthes est exacte. L'imitation des gestes est correcte. La droite et la gauche sont bien distinguées. Il n'y a pas d'aplanotopognosie, pas non plus de troubles de la représentation du corps propre. Ajoutons que le comportement de ce malade est parfaitement normal. Il est très bien orienté. La notion du temps est intégralement conservée. Les fonctions intellectuelles sont intactes. Son jugement est excellent. Il a une conscience aiguë des troubles de son langage : il en souffre et fait tous les efforts possibles pour obtenir une amélioration.

A l'examen physique on ne peut mettre en évidence aucun signe de localisation. La démarche est normale. Il n'a pas de déficience motricice. A droite la force segmentaire est intacte. Les réflexes ostéo-

tendineux sont égaux et normaux aux membres supérieurs et inférieurs. Il n'y a aucun signe d'irritation pyramidale : ni signe de Babinski, ni clonus du pied ou de la rotule. La sensibilité est normale. La tension artérielle est de 16-10 au Vaquez. A la palpation du crâne, on trouve dans la région pariétale gauche une brèche osseuse, irrégulièrement ovale, de trois centimètres de longueur sur un centimètre et demi de largeur. Elle est légèrement sensible au palper, mais il n'y a ni battements, ni impulsion à la toux. Le dosage de l'urée sanguine a montré un taux de 0 gr. 40 %. Il n'y a ni glycosurie, ni albuminurie. A l'examen ophtalmologique on a trouvé une très légère diminution du réflexe photomoteur et une parésie du droit externe gauche. Il n'y a aucune sorte d'hémianopsie. Le fond d'œil est normal. La radiographie du crâne met bien en évidence les limites de la brèche de la trépanation.

Par l'examen neurologique on ne trouve donc aucun signe particulier de localisation. Cependant il faut signaler qu'à plusieurs reprises sont survenus de petits accès de courte durée. Pendant vingt minutes environ les troubles aphasiques s'exagèrent : l'anarthrie devient complète. Il ne peut plus prononcer aucun mot. Il est même incapable à ce moment, dit-il, d'articuler le nom de son fils. En même temps surviennent des phénomènes parétiques du membre supérieur droit. La force segmentaire est à ce moment très diminuée. Une sensation douloureuse de fourmillements, dont il dit sentir le point de départ dans l'hémicrâne gauche, s'étend à l'épaule et à tout le membre supérieur droit. Puis tout rentre dans l'ordre et les troubles du langage sont de nouveau ce qu'ils étaient auparavant. Le 21 octobre dernier, il fut hospitalisé d'urgence au service libre de la Clinique, amené par le car de Police-Secours. Il avait brusquement présenté en descendant du métro un accès épileptiforme. A l'examen, pratiqué une demi-heure après, nous avons trouvé un état subconfusionnel, avec une anarthrie presque complète. Il n'y avait, à ce moment, à l'examen neurologique, aucun signe de localisation.

*En résumé*, les troubles du langage présentés par ce malade sont essentiellement d'ordre articulaire. Il est capable d'analyser finement les troubles ressentis. Il insiste, à chaque examen, sur le fait qu'il a conservé intégralement le souvenir du mot : il se rappelle parfaitement sa physionomie, il sait aussi bien le nombre de ses lettres et de ses syllabes. L'épreuve de Proust-Lichtein est d'ailleurs à ce sujet concluante. Mais bien qu'il ait gardé le souvenir et l'usage du mot qui le fait hésiter, il est incapable de le prononcer, comme s'il en avait oublié le mécanisme articulaire. Voici d'ailleurs comment, spontanément, il décrit ce phénomène : « Je sais très bien ce que je veux dire mais il y a des moments où je ne peux pas le dire. C'est comme quelque chose de moteur (*sic*) qui s'arrête au moment où j'en ai besoin ».



Il a, en effet, conservé tout son langage intérieur. Il pense d'une manière convenable et syntaxique. Ce type clinique répond bien à l'anarthrie de Pierre Marie, à l'aphasie motrice pure de Déjerine. On peut dire qu'il s'agit ici d'un défaut d'aiguillage dans la praxie du langage articulé. Du point de vue anatomo-clinique son cas est d'une clarté cristalline. Cette anarthrie est évidemment la conséquence du traumatisme responsable de la lésion corticale dans la zone de l'opercule rolandique. Nous voyons également la preuve de cette atteinte dans la monoparésie du membre supérieur droit présentée au cours des petits accès successifs et accompagnée de troubles sensitifs comme cela se voit dans les parésies du type cortical.

Un point encore intéressant à noter est l'amélioration incontestable des troubles sous l'influence de la rééducation à laquelle s'astreint le malade lui-même. Il note par écrit les mots qu'il est incapable de prononcer. Il parvient à le faire correctement après les avoir écrits imparfaitement deux ou trois fois. Il peut ensuite les prononcer sans aucun accrochage. C'est sans doute la meilleure manière d'améliorer son état et ce procédé a sans doute plus d'effet encore que les injections d'acécoline associée à la papavérine prescrites par nos soins dans le but d'éviter le retour des accidents présentés par ce malade à diverses reprises.

M. MARCHAND. — Au point de vue médico-légal, j'estime que les plus grandes réserves doivent être faites au sujet de l'avenir de ce malade. Il est à craindre que les crises d'épilepsie deviennent plus nombreuses et qu'à la suite de celles-ci les troubles de la parole s'exagèrent. Je ne conseillerais pas à ce traumatisé cranio-cérébral de s'entendre à l'amiable avec la Compagnie d'assurances.

**Délire de négation récidivant avec idées d'immortalité,**  
par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, M. MIGNOT et H. MAURICE.

Nous avons l'honneur de présenter devant la Société un délire de négation et de transformation, délire bien connu depuis longtemps mais dont certaines particularités, dans le cas présent, méritent à notre point de vue d'être soulignées.

Nous verrons, en effet, qu'il s'agit, d'une part, de manifestations récidivantes après guérison absolue de plusieurs années, que, d'autre part, le délire de transformation corporelle et de

négarion s'est développée en l'absence de phénomènes d'anxiété intense, habituelle chez ces malades.

Une telle malade pose enfin le problème si souvent débattu du mécanisme du passage des idées de négation et de transformation à celles d'immortalité.

En voici l'observation :

Il s'agit d'une malade, Mme S., originaire du Bas-Rhin, âgée de 66 ans.

Le début des troubles remonte à 1926. C'est donc à l'âge de 52 ans, peu de temps après la ménopause, que se manifestèrent les premiers signes de l'affection. Ce furent d'abord des maux de tête de plus en plus tenaces, une sensation de fatigue croissante restreignant pour autant son activité, bientôt une insomnie presque complète, cependant que l'amaigrissement s'accroissait, que l'asthénie devenait considérable confinant la malade au lit. Jamais de signes d'anxiété particulièrement nette, la malade restait calme, résignée.

Cet état persista un peu plus de deux mois, en imposant à l'entourage pour une maladie organique.

C'est alors qu'apparurent des idées délirantes de teinte mélancolique. Vagues idées d'indignité, jamais du reste précisées avec exactitude. Puis des idées de négation et de transformation corporelle. Ce furent elles qui, pratiquement, révélèrent le véritable caractère de l'affection. Son corps était changé, elle n'était plus une femme, ses bras et ses avant-bras étaient recouverts de « gras », ses organes ne fonctionnaient plus comme par le passé, certains avaient disparu.

En somme, nous voyons qu'il s'agit d'un délire métabolique d'apparition relativement précoce, survenant presque simultanément avec les idées d'indignité d'ailleurs vagues qui furent chez elle les seules idées délirantes proprement mélancoliques. L'anxiété ne fut jamais très intense. Il n'y avait pas encore à cette époque d'idées d'immortalité.

Elle fut internée à St-Maurice jusqu'en 1928. Elle revint alors chez elle, améliorée, mais non guérie, ayant certes un comportement en apparence normal, n'extériorisant jamais ses idées délirantes de transformation ou de négation devant des tiers, mais les révélant à ses proches, en l'espèce à son fils et à son mari, qui vivaient avec elle, donnant ainsi l'impression qu'elle avait une vague conscience de son état morbide. Elle restait calme, bradypsychique, son activité était des plus restreinte.

Dans l'espoir d'une guérison, on l'interna à nouveau pendant un an, de 1929 à 1930 ; elle revint encore non guérie.

Son activité persiste, réduite mais non abolie. Elle ne manifeste aucun signe d'agitation ni d'anxiété, à tel point que ceux qui viennent la voir sont persuadés qu'elle est guérie. Mais ses stations fréquentes devant la glace, le fait qu'elle se pince continuellement l'épiderme

des bras témoignent bien à ses proches, qui sont avertis, de la persistance de ses idées délirantes.

L'état général n'est d'ailleurs pas très brillant. L'amaigrissement persiste, le sommeil est rare et troublé.

Cet état resta stationnaire jusqu'en 1934, où coïncidant avec la naissance d'un petit-fils, la guérison survient. Elle est frappante par sa rapidité. Du jour au lendemain, la malade redevient gaie, enjouée, elle manifeste un appétit extraordinaire, reprend rapidement du poids, dort normalement. L'activité redevient normale et même pour un temps exagérée. Elle s'occupe à nouveau de la gestion du magasin de son mari, reprend des anciennes relations depuis longtemps délaissées. Parlant volontiers de son état antérieur, elle disait : « Je ne sais ce qui a pu me mettre de pareilles idées dans la tête, il fallait que je sois folle. »

La guérison persiste pendant cinq ans.

En décembre 1939, son mari fait une congestion pulmonaire à laquelle il doit succomber peu après. C'est évidemment pour elle une période de fatigues et de graves préoccupations.

Le lendemain même de sa mort, le délire est à nouveau au complet, avec cette fois, en plus, des idées d'immortalité. Elle entre dans le service le 3 janvier 1940 avec le certificat suivant : « Atteinte pour la deuxième fois de syndrome de Cotard. Idées de négation et d'immortalité. Elle est vide, n'a plus d'estomac, son corps n'est plus que du bois, elle n'est plus un être humain, elle ne mourra jamais. »

Au début de son séjour dans le service, la malade présentait par moments des signes de réaction anxieuse, mais jamais très accentuée. Quelques pleurs, gémissements discrets, paraissant surtout liés d'ailleurs aux modifications qu'elle éprouvait de sa personnalité. Elle regardait perpétuellement ses membres, se frappait sur les articulations, faisait part à tous ceux qui l'entouraient des échanges opérés en elle.

Ces bouffées anxieuses ont du reste rapidement disparu. Le sommeil est redevenu normal et la malade a revêtu au bout de peu de temps l'aspect qu'elle présente aujourd'hui.

Seuls persistent le délire de transformation et de négation d'organes, l'idée d'immortalité. C'est ainsi que, dit-elle : ses bras et ses jambes sont devenus d'une dureté qui n'a plus rien d'humain, ce n'est plus de la chair ; une de ses jambes a raecourci ; ses articulations ont été transformées en une matière plastique ; son visage est métamorphosé ; elle n'a plus de cœur, d'estomac ; son ventre est vide.

Si on lui fait remarquer qu'elle mange et que ses fonctions digestives se font normalement, elle répond qu'elle ne mange que très peu et que si ses évacuations sont bien d'elle-même, elles sont si minimes que cela prouve bien qu'il n'y a plus rien en elle. Ses aliments doivent être brûlés à l'intérieur de son corps dépouillé de ses organes.

Son délire englobe également la sphère intellectuelle. Elle n'a plus

de mémoire, ne pouvant se souvenir ni penser puisqu'elle n'a plus de cerveau. Elle ne peut plus aimer, puisqu'elle n'a plus de cœur.

Le monde extérieur, par contre, n'a pas subi de modifications à ses yeux. Les objets qui l'entourent sont toujours les mêmes, les personnes également. A peine a-t-elle dit à son fils, un jour, que lui aussi était changé, déclaration sur laquelle elle revient aujourd'hui d'ailleurs.

Elle est, enfin, immortelle ; la substance en quoi elle est changée est impérissable, elle ne mourra jamais. Cette métamorphose est un phénomène unique au monde. « La terre, dit-elle, n'a jamais vu chose pareille. »

La malade n'est pas à proprement parler affaiblie. Certes, ses préoccupations délirantes absorbent la plus grande part de son activité intellectuelle, mais on peut se rendre compte qu'en dehors d'elles, la mémoire est relativement bonne pour une personne de son âge, son jugement sain. Elle a gardé un comportement social normal. Docile, calme, elle conserve surtout un sens très marqué des convenances. Elle a évidemment toujours tendance à insister sur les qualités de la « jolie personne » qu'elle était auparavant, par opposition aux monstrueuses transformations qu'elle a subies et qui la rendent méconnaissable.

Physiquement, signalons un amaigrissement important, en un an elle a perdu plus de 25 kgr. La tension artérielle est normale, le pouls régulier, jamais accéléré.

Les examens de laboratoire n'ont rien révélé de particulier, si ce n'est un taux d'urée un peu élevé : 0 gr. 50.

Dans l'étude de ses antécédents, on ne relève aucune ascendance psychopathique. Les parents sont décédés à un âge avancé. Elle a sept frères et sœurs en bonne santé.

Son fils unique est atteint de myasthénie bulbo-spinale.

Jamais la malade n'a présenté avant la cinquantaine d'épisode dépressif. Elle était, par contre, très méticuleuse, scrupuleuse, d'une émotivité exagérée, ayant tendance à se préoccuper de tout, ayant la larne facile à la moindre contrariété, traits caractériels dans lesquels, on le sait, certains auteurs ont voulu voir une prédisposition au syndrome de Cotard.

*En résumé*, il s'agit d'un délire métabolique avec idées de négation, présentant certaines particularités sur lesquelles nous voulons insister.

1) Il a complètement disparu au bout de 8 ans. La guérison en fut absolument totale.

Certes, les cas de guérison de tels malades ont été maintes fois signalés. Il n'en demeure pas moins que, classiquement, lorsque un tel délire tend à persister — ce qui est le cas de notre malade

puisque, répétons-le, il s'est prolongé pendant plusieurs années — l'on doit porter un pronostic de chronicité.

Nous voyons donc que ce n'est pas absolument fatal et que la guérison peut survenir même après de longues années.

Guérison ne devant pas faire d'ailleurs exclure la possibilité d'une rechute — comme dans le cas présent, à l'occasion d'un choc affectif.

2) Ce délire est apparu précocement et sans les manifestations habituelles d'anxiété intense et prolongée.

Nous avons vu que jamais l'anxiété ne semble avoir été très marquée. Les idées délirantes mélancoliques se sont résumées en de vagues idées d'indignité, celles-ci précédant juste l'écllosion du délire métabolique.

Dans le service, l'anxiété a toujours été réduite et nous n'avons jamais observé d'idées délirantes d'un autre ordre. A tel point que nous avons hésité à qualifier un tel délire de syndrome de Cotard, celui-ci supposant classiquement une forte composante anxieuse.

3) Cette malade soulève enfin le problème du mécanisme de l'apparition de l'idée d'immortalité.

La genèse des idées de transformation et de négation nous paraît aisément concevable d'après les impressions de la malade, qu'elle se complait à décrire en détail.

Elle fait remarquer, en effet, que ses sensations ne sont plus les mêmes qu'autrefois. Si elle se pince par exemple, elle dit ne plus éprouver la même impression que par le passé ; elle en arrive ainsi à conclure que son épiderme n'est plus de la même substance que naguère.

Elle ne se sent plus avaler, c'est que sa gorge a été transformée ou détruite. Il en est de même de tous les organes, dont elle affirme la transformation ou nie l'existence.

Il n'en est pas ainsi pour l'idée d'immortalité au sujet de laquelle elle ne peut donner aucune explication d'ordre cénesthésique ou autre.

Il nous paraît difficile, chez une telle malade, d'incriminer l'anxiété seule, ce qui ne peut se concevoir que dans les cas les plus habituels, où elle est extrême. De tels malades sont en proie à une douleur d'une telle intensité qu'ils jugent que, même la mort, ne pourrait les délivrer, donc qu'ils sont immortels ou damnés, idée d'immortalité qui ne paraît qu'à la longue chez des malades très anxieux à idées délirantes mélancoliques, le plus souvent multiples.

Nous avons vu que tel n'est point le cas de notre malade, chez qui l'anxiété n'était pas particulièrement évidente et qui n'a présenté des idées d'immortalité que d'emblée et à sa rechute.

Certains auteurs ont invoqué un autre mécanisme : Les malades se sentent transformés en bois ou en pierre par exemple — ces matières étant d'une substance impérissable — ils en viennent ainsi à conclure secondairement qu'eux aussi sont impérissables, donc immortels. Tel ne semble pas être ici le mécanisme à invoquer.

La malade prétend bien en effet que ses membres sont changés. Mais nous y insistons, *elle ne sait pas exactement en quoi*. Peut-être est-ce de la pierre, de la cire, elle ne sait pas au juste — à telle enseigne que parfois elle le demande. Elle n'est sûre que d'une chose, c'est qu'ils sont *changés en une substance impérissable*, sur la nature de laquelle elle n'est pas autrement fixée.

Nous sommes donc arrivés à nous demander si, dans certains cas, analogues à celui-ci, l'idée d'immortalité du syndrome de Cotard n'est pas en quelque sorte primitive, liée peut-être aux profondes transformations de l'affectivité, idée d'immortalité primitive d'où découle à la suite la désignation justificatrice de la substance impérissable en laquelle ils sont transformés.

M. Henri Ey. — Il existe, sur les délires de négation, une tradition orale et une tradition écrite ; celle-ci implique l'anxiété et la chronicité, les ouvrages de Cotard et de Séglas rapportent des formes très différentes. Les cas chroniques sont souvent vidés de leur contenu anxieux, il finit par y avoir contradiction entre les idées exprimées et le comportement du malade ; ainsi, j'observe actuellement un syndrome de Cotard avec élément maniaque. Par ailleurs, chronique n'est pas synonyme d'incurable.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Les remarques de M. Ey confirment les conclusions auxquelles nous aboutissions à la séance de novembre.

M. Ach. DELMAS. — Le pronostic du syndrome de Cotard est certes moins grave qu'on ne l'a dit, mais quand ce syndrome apparaît, on peut néanmoins prévoir que la maladie dure des années. Il ne s'agit donc pas d'incurabilité, mais de longue durée. C'est dans la phase de doute initial que l'anxiété est intense. Plus la conviction s'établit, moins l'état affectif paraît touché. Et quand la conviction est faite, il s'établit une véritable résignation. Notons que s'il apparaît un élément ironique, maniaque, c'est sur un fond d'amertume,

M. CEILLIER. — Séglas dénommait « attitudes mentales » ces modifications affectives.

M. H. CLAUDE. — Le pronostic de l'évolution est très variable. On voit certains petits obsédés finir en grands mélancoliques et d'autres qui commencent par une négation d'organe évoluent vers un délire tranquille et anodin.

### Un fétichiste voleur, par M. R. DUPOUY et M<sup>lle</sup> MICUCCI.

Les vrais kleptomanes sont extrêmement rares au point que leur existence a pu être formellement niée. Cependant, il en existe de parfaitement authentiques et, en particulier, des collectionnistes n'utilisant pas les objets qu'ils volent et qu'ils amassent pêle-mêle chez eux, ou des fétichistes, généralement de la soie, qui utilisent au contraire les objets volés, mais à des fins spéciales, morbides, sexuelles le plus souvent.

Nous avions présenté à l'une des dernières séances de la Société un paralytique général de 16 ans qui, depuis l'âge de 10 ans, volait du linge de femme pour le revêtir, se masturber dedans ou se livrer, ainsi affublé, à des actes de pédérastie.

Voici maintenant un autre malade, dégénéré obsédé, qui vole des robes et des combinaisons de femme, se plaisant à porter sur lui, à même la peau, de jour et de nuit, des vêtements et du linge féminin.

Comme chez la plupart des fétichistes, sa tendance obsédante et impulsive s'est manifestée dès le plus jeune âge, vraisemblablement au moment de l'éveil sexuel ; déjà, à l'école, il mettait sous sa chemise le corsage de soie de sa sœur ou du linge dérobé à celle-ci, et parfois se masturbait dedans. A 17 ans, il fut, pour cette raison, interné à l'asile de Quimper.

Dans l'intervalle de ces obsessions fréquemment satisfaites, il ressentait un certain dégoût de ses actes et, tout honteux de leur accomplissement, brûlait les linges volés et souillés.

OBSERVATION. — Hu., 32 ans. Rien à signaler dans les antécédents personnels ni héréditaires.

A partir de l'âge de 10 ans environ, le malade éprouve un éveil sexuel en touchant des étoffes de soie, de préférence de couleur bleue ou rose. La vue seule de ces mêmes étoffes l'excite moins mais le pousse immédiatement à les toucher. Sa mère tenait un atelier de couture et l'enfant était toujours en train de regarder les ouvrières

coudre ces étoffes ou d'admirer les robes, qui, déjà faites, pendaient sur le mannequin. A partir de cet âge il se masturbe.

Vers l'âge de 12 ans, il commence d'éprouver le besoin impérieux de sentir sur sa peau des vêtements féminins. Un jour, étant seul à la maison, il mit une robe de sa sœur pendant un quart d'heure. Il s'ensuivit une excitation génitale accompagnée de masturbation. A partir de ce moment, chaque fois qu'il se trouvait seul à la maison, il mettait des robes en soie de sa sœur. Un jour la mère s'en aperçut et, dit-il, « ce fut toute une histoire ». Vers l'âge de 14 ans, il mit sous sa chemise un corsage bleu en soie de sa sœur et alla ainsi à l'école. Il éprouvait des sensations extraordinaires, et, furtivement, introduisait sa main entre la chemise et ce corsage, caressant cette étoffe soyeuse.

Plus tard, vers l'âge de 17 ans, il se plaisait à regarder les catalogues de lingerie de dame. A partir de ce moment il se sent irrésistiblement attiré vers la lingerie, toujours en soie rose ou bleue. A l'âge de 18 ans, il a des rapports normaux avec des femmes. Rapports réitérés depuis ; n'a jamais eu des rapports avec des hommes.

A l'âge de 19 ans il fait connaissance d'une jeune fille, de 6 mois plus jeune, qui portait un corsage en soie rose. Il l'épouse. Au début leurs rapports furent absolument normaux et pendant 6 ou 7 mois il avait « oublié son idée ». Mais peu à peu il éprouve le besoin irrésistible de mettre des chemises ou des combinaisons en « jersey » rose ou bleu. Il les mettait le soir au moment de se coucher. C'était un excitant. Les rapports conjugaux avaient lieu avec une chemise de femme. Mais le comble de l'excitation avait lieu quand, habillé avec une chemise et un petit pantalon féminin, il se laissait enlever ce dernier par sa femme, avant d'avoir des rapports.

Au début, sa femme, déjà prévenue par sa belle-mère, ne s'étonna que peu. Tout au plus elle observait cette mise en scène avec curiosité. Mais à la longue, elle fit des remontrances à son mari, surtout à l'occasion de son premier vol, en 1930. Un jour il vit exposée une chemise rose, il se sentit attiré vers elle, la prit, s'enfuit chez lui, mit cette chemise et se masturba. La jouissance terminée, il éprouva un profond dégoût de lui-même. Plein de honte et de colère contre cette passion qui le subjuguait il prit cette chemise volée, la déchira en menus morceaux et la jeta.

Deux mois plus tard, en se promenant sur les grands boulevards, il tomba en arrêt devant une devanture de magasin contenant des chemises bleues. Immédiatement excité, il rentre, réussit à prendre sans être vu une chemise. Ne pouvant résister plus longtemps il descend dans les lavabos de l'établissement. Il met sa chemise et après l'érgasme il jette dans les lavabos cet objet désormais répugnant.

Un mois après il vola une robe bleue, en « crêpe-satin ». Un inspecteur surprit le larcin, le malade fut arrêté, amené à la Santé pendant 14 jours. Il fut interné à l'asile Sainte-Anne, puis à Ville-Evrard, enfin à l'asile d'Armentières où il reste de 1930 à 1940. Pendant l'interne-



ment, par périodes, il éprouvait l'envie de linge féminin. Il se contentait de lire les journaux de mode ou des catalogues et se masturbait.

En 1940, à la suite de bombardements, le malade s'évada, comme bien d'autres, de l'établissement, et vint à pied à Paris. De là il partit en Bretagne dans l'espoir de retrouver sa femme. Il revint à Paris. Il avait envie d'une combinaison de femme. Il alla au « Louvre » et tomba en arrêt devant une combinaison rose. Il la prit rapidement, mais elle était attachée à trois autres qu'il fut obligé de prendre également. Il fut découvert, amené devant le commissaire. Celui-ci demanda pour qui était ce linge : pour lui, pour une amie, ou encore si c'était pour le vendre. Il n'osa pas avouer que c'était pour lui ; il avait honte, et d'ailleurs il avait estimé que 10 ans d'internement c'était beaucoup trop pour une combinaison de femme. Il déclara qu'il avait fait le larcin pour une amie. Il fut condamné à 4 mois de prison. Il fit 3 mois de prison cellulaire qu'il préféra de loin à tout internement.

En sortant de prison il alla à la recherche de sa femme. Mais celle-ci vivait maritalement avec un autre. Il partit, prit une chambre à l'hôtel, et, très triste, dégoûté de la vie, écrivit une lettre à sa femme en disant qu'il allait se suicider. Il mit la lettre dans une boîte près de la station de métro « République ». Puis il descendit à cette station et se jeta sous le métro en marche, où il serait tombé entre les rails. Transporté à l'Hôpital il fut suturé au niveau de ses larges plaies de la région frontale et occipitale. De l'Hôpital Saint-Louis il fut amené ici.

Nous voyons que, comme la plupart des fétichistes, c'est un récidiviste impénitent, qu'aucune sanction n'a réussi à corriger. Nous l'avons vu interné dans son adolescence à Quimper, puis réinterné en 1930 à Armentières après expertise médico-légale. Evadé de cet asile en juin dernier, il recommence à voler malgré les événements actuels et, cette fois, est condamné à 4 mois de prison. Il est à craindre que tant qu'il éprouvera des désirs sexuels, il ressente en même temps le besoin de satisfaire son impulsivité fétichiste. Malgré sa lucidité, s'il demeure en liberté, il est voué à renouveler des actes délictueux et à retourner en prison ou à l'asile.

La séance est levée à 12 heures 15.

*Le Secrétaire des séances,*

Paul CARRETTE.

---

Séance du Lundi 27 Janvier 1941

---

Présidence : M. Achille DELMAS, président

---

Allocution de M. Paul GUIRAUD, président sortant

MES CHERS COLLÈGUES,

Au moment de quitter la présidence de la Société Médico-psychologique, permettez-moi de vous remercier encore de l'honneur que vous m'avez fait en m'y appelant. Je m'excuse de n'avoir pu assister que rarement aux séances de 1940. Pendant la période dramatique que nous traversons, j'ai dû suivre mon ordre de mobilisation et quitter Paris pendant un an.

Cette absence m'a privé de l'agrément et de l'instruction que constituent les séances de notre Société. On apprend beaucoup dans ces réunions, surtout quand on siège au fauteuil présidentiel où l'on est obligé de tout écouter soigneusement.

Peut-être permettrez-vous à un membre ordinairement très assidu de vous faire part de quelques réflexions sur nos travaux. Toutes les communications, quel que soit leur intérêt scientifique, ne sont pas écoutées par l'Assemblée avec le même soin et la même attention. Je sais bien que plus tard elles sont lues et restent à la disposition des travailleurs futurs dans la collection des *Annales Médico-psychologiques*, mais elles ne suscitent pas toujours la discussion qui les mettrait en valeur. Quelquefois, l'auditoire se fatigue à suivre un exposé fort disert et même académique, mais trop dilué, d'autres fois, la recherche littéraire nuit à la facilité de compréhension, mais les communications les plus difficiles à entendre sont encore les lectures. L'art de bien lire est exceptionnel, surtout quand il est masqué par un peu de timidité, comme cela arrive à de jeunes collègues. Sans doute il n'est pas toujours commode d'exposer sans aide écrite et d'improviser des finesses psychologiques, mais je crois

cependant que l'exposé oral direct attire davantage l'intérêt, même si c'est aux prix de quelques hésitations, incorrections ou répétitions.

Il y a quelques années, le Président sortant avait l'habitude de faire un résumé des travaux effectués au cours de l'année. Vous m'excuserez de ne pas me conformer à cette tradition. Je puis dire cependant que la Société a continué de vivre, ce qui est déjà beaucoup. Comme on demandait au début du siècle dernier à un vieillard ce qu'il avait fait durant la tourmente révolutionnaire, il se borna à répondre : « J'ai vécu ». Nous aussi nous avons duré. Je suis convaincu que nous reprendrons nos travaux avec une ardeur nouvelle et dès cette année sous l'impulsion de notre nouveau bureau.

Je prie mon collègue et ami Delmas de prendre place au fauteuil de la présidence ; cela ne le changera pas beaucoup ; il y a siégé plus souvent que moi en 1940. Son nom me rappelle l'année lointaine de 1908 où nous avons été reçus au même concours. Le brillant chef de clinique de cette époque n'a pas cessé de nous donner de très intéressants travaux présents à la mémoire de tous. Les états délirants post-oniriques, les constitutions psychopathiques, les psychoses constitutionnelles, la pathologie du suicide et tant d'autres que je n'énumère pas ont rendu familières à tous sa pensée et sa personnalité. Son intervention fréquente et heureuse dans nos discussions est la preuve qu'il saura diriger magistralement nos débats.

Je prie aussi M. Barbé de s'asseoir au fauteuil de la vice-présidence en attendant de devenir à son tour président en 1942. Est-il utile de rappeler ce que nous savons du labeur fructueux de M. Barbé, alors que nous sommes tous ses élèves, quand nous traitons la paralysie générale par le stovarsol. Son *Précis d'embryologie du système nerveux* est un ouvrage déjà classique.

Je ne peux pas terminer sans remercier les membres du bureau de 1940 qui ont assuré la continuité de notre Société : M. Vié, qu'une indisposition empêche aujourd'hui d'assister à la séance ; M. Carrette, qui a la pénible obligation de noter et de rédiger des interventions improvisées ; M. Collet, dont les fonctions de trésorier constituent une tâche particulièrement lourde dans les circonstances actuelles.

**Allocution de M. Achille DELMAS, président****MESSIEURS,**

Je remercie bien vivement notre président sortant, en votre nom à tous.

Le Dr Guiraud et moi sommes sortis en 1908, il y a trente-trois ans déjà, du même concours d'adjuvat. Avec son camarade Euzière, aujourd'hui doyen de la Faculté de Montpellier, le Dr Guiraud était venu de cette dernière ville pour affronter les épreuves du concours à Paris. Ducosté et Euzière furent 1<sup>ers</sup> *ex-æquo* ; je venais tout de suite après avec Guiraud. Depuis ce temps, j'ai suivi avec le plus grand intérêt, je dirai même avec admiration, les très beaux travaux que Guiraud a poursuivis inlassablement non seulement au point de vue clinique, mais encore au point de vue expérimental et anatomo-pathologique. Une bonne fortune, dans notre clientèle médicale, nous a permis, à mon regretté maître Maurice de Fleury et à moi, d'intéresser un mécène aux recherches psychiatriques ; j'ai eu ainsi la très grande joie d'aider mon ami Guiraud à se constituer un laboratoire quelque peu moderne.

Dans cette enceinte, nous avons tous eu le très grand plaisir et le très grand profit d'entendre les interventions du Dr Guiraud ; s'il n'est plus notre président, il reste membre actif de notre Société ; nous le prions de ne pas nous ménager à l'avenir le bénéfice de ses interventions toujours si pleines de « moelle ».

C'est avec un égal plaisir que je salue mon ami Barbé, nouveau vice-président de cette année, président de l'année prochaine. J'ai été avec lui, en 1912, chef de clinique chez le Professeur Gilbert Ballet, et c'est à cette époque que nous avons réuni nos leçons de chefs de clinique et celles du Professeur agrégé Laignel-Lavastine pour en faire le manuel paru sous le titre « La Pratique psychiatrique », chez Baillière. Quand Barbé sollicita son élection à notre Société, vous m'avez chargé de faire le rapport pour lequel me désignaient notre amitié et notre collaboration. Aujourd'hui, je suis heureux de le retrouver à mes côtés dans le bureau de notre Société.

Messieurs, c'est à la fois avec humilité et émotion que je prends place au fauteuil présidentiel ; avec humilité, car c'est, hélas ! le bénéfice de l'ancienneté qui me vaut cette distinction ; avec émotion, car je suis par là incité à me remémorer ma car-

rière de psychiatre depuis les temps heureux où j'étais comme vous, les jeunes camarades internes d'aujourd'hui. Il y a trente-sept ans déjà que, sorti du même concours d'internat que mes amis René Charpentier et Courbon, je prenais contact avec la psychiatrie. Ce qu'elle était alors, ce qu'elle est devenue depuis, je voudrais le résumer dans une très brève esquisse.

La psychiatrie était au début du siècle sous le signe de la dégénérescence de Magnan. Je n'exagère point en disant que neuf sur dix des certificats rédigés à cette époque débutaient par la formule consacrée : « Dégénérescence mentale avec... ». Pour le jeune néophyte que j'étais, ces dégénérés me paraissaient à la fois trop nombreux et très hermétiques. Il fallut toute la sagacité patiente et dévouée de mon maître Auguste Vigouroux pour me faire comprendre comment cette notion de la dégénérescence marquait une étape importante de la Psychiatrie et comment, sous l'autorité alors universelle de Magnan, elle avait permis à la Psychiatrie française de régner sans conteste sur le monde entier.

C'est à ce moment-là que se produisit le phénomène inverse et que l'étranger, après avoir reçu nos enseignements, allait nous imposer les nouvelles doctrines nées à Heidelberg et à Munich sous l'impulsion de Kræpelin. Coup sur coup et en quelques années, Sérieux et ses élèves, Masselon et Capgras, introduisaient en France la démence précoce et la paranoïa, constitution et délire d'interprétation ; Deny et ses élèves, Pierre Roy, Paul Camus, Pierre Kahn de leur côté, publiaient des monographies sur la démence précoce, sur la psychose maniaco-dépressive, sur la cyclothymie. L'apport original français se traduisait par la mythomanie et l'hyperémotivité de Dupré d'une part, par la psychose hallucinatoire chronique de Gilbert Ballet d'autre part.

Ainsi, de 1904 à 1912, en moins de huit ans, la psychiatrie française accomplissait un bond formidable, ouvrant cinq ou six cadres nosologiques nouveaux, à travers la synthèse de la dégénérescence mentale.

Ce laps de temps représente la durée de mon internat et de mon clinicat. Nous le vécûmes avec l'ardeur et l'enthousiasme qu'on peut imaginer et si les discussions parvinrent à garder dans cette enceinte un caractère académique, il n'en fut pas toujours de même dans les salles de garde où l'on injurait volontiers ceux qui s'obstinaient à croire que la démence précoce n'était ni démence, ni précoce.

Au cours des vingt-cinq dernières années qui ont suivi, il y a

eu encore des apports nouveaux et des changements. Bien que la démence précoce soit devenue schizophrénie, ce qui n'a pas contribué à lui donner des assises bien stables, on ne peut pas dire que la nosologie se soit sensiblement modifiée. Par contre, les essais de pathogénie à la fois biologique, psychologique et sociologique se sont développés avec une ampleur remarquable et un souci de synthèse peut-être excessif. Ne citons que les plus importants. En premier lieu le Freudisme avec ses deux écoles dérivées : celle de Jung (intro et extraversion) ; celle d'Adler (complexe d'infériorité et volonté de puissance). En second lieu, Bleuler avec l'autisme et la syntonie. Enfin, Kretschmer avec la cycloïdie et la schizoïdie.

Je souhaite que chaque génération de jeunes psychiatres puisse s'enthousiasmer à ces évolutions, je puis même dire à ces révolutions, depuis que le mot a pris un sens gouvernemental ; ils en resteront marqués pour toute leur vie et ce sera au grand bénéfice de la science qu'ils serviront.

Messieurs,

Dans cette enceinte, nos esprits sont entièrement pris par le souci scientifique. Nous n'oublions pas cependant que nous vivons une période particulièrement cruelle et que nous devons plus que jamais tendre nos efforts à élever nos âmes. Nous ne pourrions le faire ici qu'en apportant à nos séances tous les aliments de discussion qui pourront contribuer à maintenir et à étendre le rayonnement de la science française. C'est à cette tâche que je vous invite.

Notre secrétariat général a été mis par vous en bonnes mains, quand vous l'avez confié à notre ami Vié dont vous avez déjà apprécié le dévouement et la compétence. Un peu souffrant, il s'excuse de n'avoir pu assister à cette séance.

Nous sommes, pour peu de temps j'espère, privés des services de notre secrétaire Dublineau, encore prisonnier en Allemagne, et que vous avez tenu à appeler à votre bureau. Nous savons que nous pourrions, en attendant son retour, compter sur l'activité de notre autre secrétaire, Carrette, capable de travailler pour deux.

Je voudrais adresser nos vifs remerciements à mon vieil ami Collet, qui assume la tâche, particulièrement ingrate en ce moment, de trésorier. J'insiste auprès de tous nos membres afin qu'ils lui facilitent au maximum sa tâche en n'apportant ni négligence ni délai à répondre à ses appels de cotisations.

Je terminerai en rendant hommage à la mémoire du Professeur Georges Lemoine qui était le doyen de nos membres correspondants nationaux. Le professeur Lemoine avait été médecin de l'asile d'Armentières et professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lille. C'est sur son inspiration que se créa, en 1889, le Congrès des aliénistes de langue française. Il s'est éteint à 82 ans dans la Nièvre où il s'était retiré.

### Allocution de M. J. VIÉ, secrétaire général

MES CHERS COLLÈGUES,

Je vous remercie de la marque de sympathie que vous m'avez témoignée en me nommant Secrétaire général de la Société. Sans doute avez-vous estimé que je suppléais M. Courbon depuis octobre 1939, et qu'il y avait lieu de maintenir au sein du Bureau le maximum de continuité. Ce n'est pourtant pas sans quelque scrupule que je me vois appelé à succéder à mon Maître, dont la grande expérience, l'esprit toujours en éveil, l'érudition si riche se joignaient à l'amabilité naturelle pour faire de lui le bon pilote capable d'éviter tous les écueils. Je m'efforcerai de m'inspirer de son exemple et de ses conseils. M. René Charpentier, en dépit de son éloignement, ne m'a jamais ménagé non plus les fruits de son expérience, et je l'en remercie vivement. Mon ambition serait réalisée, si je pouvais apporter, dans ce milieu de collaboration toujours si cordial qu'est le Bureau de la Société, l'élément de travail utile que doit remplir le Secrétaire général.

Je vous demanderai aujourd'hui, mes chers collègues, en ce qui vous concerne, de faciliter notre tâche. Nous ne travaillons pas, vous le savez, dans les conditions d'autrefois. Les restrictions portant sur le papier nous obligent à la *concision* ; il n'est pas possible d'accorder plus de *cinq* pages des *Annales* à chaque communication.

Il est indispensable que le texte *définitif*, et autant que possible *dactylographié*, soit remis au Bureau avant la fin de chaque séance.

De même pour les *discussions*, il est souhaitable que chacun rédige, en quelques lignes, le texte de son intervention, surtout lorsque celle-ci porte sur des points de doctrine d'interprétation délicate.

Enfin, ne négligez pas d'établir un *résumé* de vos communications, en une dizaine de lignes, pour la presse : ceux de nos collègues, que les *Annales* n'atteignent pas, conservent ainsi un lien avec nous.

En m'excusant de ces détails techniques, je vous remercie par avance de l'aide que vous nous apporterez en voulant bien en tenir compte.

### Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du lundi 18 décembre 1940 et celui de la séance du jeudi 9 janvier 1941 sont adoptés.

### Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le D<sup>r</sup> ADNÈS qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national* ;

des lettres de Mlle le D<sup>r</sup> CULLERRE et de M. le D<sup>r</sup> DELAY qui posent leur candidature aux deux places vacantes de *membre titulaire* : une commission composée de MM. BRISSOT, HEUYER, LAIGNEL-LAVASTINE, SENGÈS et BESSIÈRE rapporteur, est désignée pour l'examen de ces candidatures ; l'élection aura lieu à la séance de février ;

une lettre de Mlle le D<sup>r</sup> JOUANNAIS, interne des Asiles de la Seine, qui pose sa candidature au *legs Christian*. Cette lettre a été déposée en décembre 1940 accompagnée de la thèse : « *Etude critique des états paranoïdes* » et de l'attestation réglementaire de M. le D<sup>r</sup> Martimor.

### Prix de la Société

La Société a, cette année, à attribuer le *legs Christian*.

Ce prix annuel, habituellement de 300 francs, a été porté, pour l'année 1941, à 1.000 francs.

Une seule candidature a été posée. Elle réalise les conditions requises.

Conformément au règlement de ce prix, le Bureau de la Société examinera cette candidature, et le rapport la concernant sera présenté à la séance de mai prochain.

### Date des séances prochaines

La séance ordinaire de février aura lieu le lundi 24 février.

Une séance supplémentaire, réservée à des présentations cliniques



et anatomo-pathologiques, aura lieu le jeudi 13 mars, à 10 heures précises, à l'Hôpital Henri-Rousselle (Amphithéâtre Magnan).

### Légion d'honneur

Nos collègues MM. les D<sup>r</sup> Xavier ABÉLY, André CEILLIER, EUZIÈRE, Paul GOURIOU, MOLIN DE TEYSSIEU viennent d'être promus *Officiers de la Légion d'Honneur*. La Société leur adresse toutes ses félicitations.

### Décès du Professeur Lemoine

On annonce la mort du D<sup>r</sup> Henri LEMOINE, professeur honoraire de clinique médicale de la Faculté de Lille, *membre correspondant* de la Société médico-psychologique depuis 1888.

### COMMUNICATIONS

**Délire chez une paralytique générale impaludée. Contribution à l'étude du métabolisme des constitutions, par MM. G. DAUMEZON et L. CASSAN.**

OBSERVATION. — Mme L..., sans profession, entre à l'établissement psychothérapique du Loiret le 19 novembre 1938, amenée par sa fille. Elle présente à cette époque un syndrome paralytique dementiel typique.

Le début des troubles remonte à 18 mois ; malgré les séries de trivalents instaurées par le médecin de la famille, le tableau dementiel s'est accentué. A l'entrée le déficit est global, portant surtout sur la mémoire et s'accompagnant de satisfaction béate sans délire. Les troubles physiques : dysarthrie, tremblement, réflexes exagérés, rigidité pupillaire à la lumière, démarche paréto-spasmodique sont aussi au complet. Réactions positives dans le sang. Dans le liquide céphalo-rachidien : Albumine 0,40 — 50 cel. par mm<sup>3</sup>, Benjoin : 22222, 22220, 00000, Bordet-Wassermann, ++++.

L'impaludation, souche prélevée au service de malarithérapie du D<sup>r</sup> Guiraud, est pratiquée le 9 décembre : 10 accès réguliers normalement supportés, une série de stovarsol aussitôt commencée.

Dès le 28 février, l'amélioration est telle que la sortie peut être accordée, le sujet a recouvré un niveau mental normal, les diverses facultés sont revenues à l'état antérieur selon les dires de l'entourage ; persistent seulement une légère dysarthrie avec achoppement

et surtout une émotivité exagérée, la malade pleure à l'évocation de souvenirs familiaux.

Mme L... retourne donc dans sa famille ; celle-ci est constituée par sa fille aînée, 18 ans, fille particulièrement énergique et courageuse, un enfant plus jeune de 12 ans. Le mari, officier, ancien colonial, est lui-même mort de paralysie générale 5 ans auparavant après une vie assez mouvementée et de nombreuses infidélités conjugales.

Nous avons la bonne fortune de suivre d'assez près cette malade dans la petite ville où elle s'est retirée.

Au début, l'amélioration considérable lui permet de reprendre une activité presque normale, elle travaille au ménage, vaque aux diverses courses sans erreur. C'est cependant la fille aînée qui continue à mener la maison comme elle l'avait fait pendant l'absence de la mère.

Au bout de deux mois, nous revoyons une femme dont la dysarthrie a disparu, souriante, affable, et sans déficit apparent. Cependant, si Mme L... a retrouvé la chronologie générale de sa vie, elle n'a pas encore récupéré la mémoire de tous ses détails. Elle le sait et ne s'en alarme pas, attribuant ces lacunes à sa maladie. Sa fille, cependant, nous indique qu'elle trouve sa mère plus fière, plus déterminée, plus sérieuse qu'auparavant. Elle s'en félicite d'ailleurs et s'en émerveille : « Ma mère était — dit-elle — une personne assez simple, peu ambitieuse, sans grande prétention, elle s'accommodait de tout. Maintenant, elle voit plus loin, elle me pousse à continuer mes études, s'intéresse à notre situation que son insouciance avait laissé périliter. »

Mais, le mois suivant, nous sommes avertis d'un changement notable dans l'état de la malade : « elle retrouve, nous dit sa fille, tous ses souvenirs ». En effet, un à un, tous les détails de l'existence un peu lamentable de femme bernée d'un officier joli-cœur reviennent à l'esprit de Mme L... Et tous ces événements qu'elle avait vécus avec placidité suscitent maintenant son indignation, sa honte, sa colère. Parallèlement son comportement à la maison s'est modifié ; depuis longtemps docile à sa fille, notre malade veut maintenant reprendre en main les rênes de la maison. La fille apprend un jour une visite à un homme d'affaires, Mme L... achète même un livre de Droit civil.

Au cours d'une discussion, elle révèle ses batteries : « Je suis sûre que si j'avais voulu j'aurais pu divorcer ! » Et c'est l'exposé d'un cortège de griefs, réels sans doute, mais repris avec une sthénie jusqu'ici inconnue. La jeune fille veut en restreindre la portée, elle se heurte à une déclaration de la mère : « c'est le Docteur qui m'a raconté tout cela à l'asile, lui il sait tout ce que j'ai souffert, il l'a appris par une infirmière qui est du pays », puis Mme L... expose avec un luxe d'interprétation ses infortunes réelles et supposées qui réalisent un parfait délire de jalousie rétrospectif.

La fille est un instant ébranlée, et écrit alors en nous priant de lui indiquer si nous avons réellement fait des déclarations à sa mère. Un matin, Mme L... réveille sa fille : « Je me souviens seulement mainte-

nant : un jour, au Maroc... » et la malade d'évoquer le souvenir insignifiant d'une vexation : « Il faisait tout cela parce qu'il était honteux d'avoir une femme aussi sérieuse que je l'étais. »

Le trouble progresse. Quelques jours plus tard, la malade nous est ramenée agitée, récriminante, acerbe, et nous expose un délire assez cohérent et purement interprétatif : « Je me souviens bien, notre voisine sortait en peignoir pour me narguer, pour me dire, c'est ainsi que je suis avec ton mari. »

Mais le délire s'enrichit bientôt dans une voie nouvelle, un thème mégalomane se fait jour : « J'avais pensé divorcer, heureusement je ne l'ai pas fait, car mon mari, pris de remords, a fait une assurance qui doit échoir le mois prochain, et je vais être millionnaire. Pour m'empêcher de la toucher, le médecin de M. m'a envoyée ici. » Peu à peu les signes démentiels vont réapparaître, l'agitation persistera quelques mois, le délire de plus en plus mégalomane perdra son caractère. Malgré un essai de pyrétothérapie, au Dmelcos, malgré des séries régulières de stovarsol, la ruine de la malade va se consommer.

Nous avons actuellement affaire à une démente bienveillante, satisfaite, épisodiquement hallucinée, stéréotypée dans son sourire et qui fait davantage penser à une démente paranoïde qu'à une paralytique générale. La dysarthrie, en effet, n'a pas reparu ; les réflexes achilléens exagérés il y a 2 ans sont maintenant abolis.

Il convient de bien préciser le caractère essentiel du délire présenté par Mme L... Cet état psychopathique se présente très exactement comme une psychose interprétative évoluant chez un sujet possédant toutes les caractéristiques classiques d'une constitution paranoïaque : méfiance, surestimation du moi, etc...

Nous pouvons ainsi distinguer ce cas de celui observé par l'un de nous, d'un délire de revendication apparaissant à la phase prémonitoire d'une paralysie générale. Il s'agissait d'une femme, abandonnée quelques années auparavant par son amant, qui se mit à le poursuivre avec toute l'agressivité et l'acrimonie d'une querulante alors que le préjudice qu'elle subissait remontait en réalité à plusieurs années de là, et qu'il avait été précédemment supporté sans murmure. Il semble que, dans ce cas, on ait eu affaire à une revendication symptomatique de l'excitation intellectuelle de la phase de dynamique fonctionnelle de la méningo-encéphalite. Cette observation paraît en somme comparable à celles de ces revendicateurs intermittents, délirant lors de leur phase d'excitation, signalés déjà par Sérieux et Capgras, dont l'étude fut reprise par Bessière et plus récemment par Capgras en particulier, dans la thèse de Louis Anglade.

Nous croyons aussi devoir distinguer Mme L... des paraphréd-

nies paralytiques, représentant la doctrine de Claude, Ey et leurs élèves en matière de délire secondaire. Notre malade, en effet, n'a rien d'une paraplirénique, son délire exactement orienté et systématisé dans le sens de la jalousie ne prend aucun des caractères de fantastique échevelé qui sont l'apanage de la paraplirénie dans la terminologie de Claude et Ey. Force nous est donc de considérer Mme L... sous l'angle strict d'une interprétante.

Depuis le travail de Ducosté, succédant aux observations de Klippel et Rouillard, les états interprétatifs au cours de la paralysie générale sont connus. Cependant, la plupart des auteurs qui ont rapporté des observations de cet ordre ne signalent pas un délire véritable, cohérent et systématisé, aussi précisément orienté que celui que nous décrivons.

Les délires interprétatifs secondaires ont, eux aussi, été signalés ; rappelons seulement les observations de Capgras et Cullerre, de Guiraud, de Beaudouin et Moigneau. Plus près de nous, Vermeylen et Vervaeck rapportent même un délire de jalousie chez un alcoolique devenu paralytique général. Masquin et Borel signalent une observation d'un paranoïaque paralytique qui, après le traitement, construit, grâce à sa constitution, un délire interprétatif.

Tous ces faits sont fort éloignés de celui que nous avons observé : Mme L... n'était pas auparavant une paranoïaque. Douce, effacée, passive, humble, elle acceptait les coups du sort. Après le traitement, elle change totalement d'attitude. Pour elle est parfaitement valable la phrase de Vermeylen : « Peu à peu, à mesure que l'état paralytique s'amende, on voit apparaître des symptômes nouveaux et la psychose se constitue souvent en très peu de temps sur une autre base : le malade qui était jovial et bon enfant devient méfiant, soucieux, voire agressif. » Malgré cette phrase, les auteurs belges concluent : « Le plus sage semble d'admettre... une action importante de prédispositions constitutionnelles, tout au moins dans l'orientation vers tel ou tel type de psychose. »

Cette interprétation ne vaut pas pour notre observation ; Mme L... a bel et bien *acquis* une constitution paranoïaque, et lorsque, sa mémoire revenant, elle a revécu sa vie de femme bafouée, elle a réagi à ces événements, non plus comme la femme passive d'antan, mais comme la paranoïaque toute récente, et c'est en somme l'intérêt essentiel de notre observation de montrer la naissance, l'acquisition d'une constitution que l'on pré-

sente d'ordinaire comme une donnée congénitale immuable, ou encore comme le résultat d'une longue organisation de la vie mentale tout au long de l'enfance.

M. Henri CLAUDE. — Avez-vous suivi l'évolution du liquide céphalo-rachidien ?

M. DAUMÉZON. — Au moment de l'amélioration, la lymphocytose était réduite, l'albumine avait diminué, mais le benjoin ne s'était guère modifié et le Wassermann était toujours positif.

M. Henri CLAUDE. — Evidemment, il ne s'agit pas d'une guérison, mais d'une amélioration transitoire. Dans ces cas, notez que les signes importants, tenaces ne se modifient guère, que la dysarthrie — le signe peut être le plus difficile à réduire — persiste sans modifications.

M. Ach. DELMAS. — La malade était hypersthénique. L'autre également. Pourquoi faites-vous une distinction entre les deux cas ? L'état affectif transitoire était analogue, la personnalité ne paraît pas avoir été profondément modifiée.

M. DAUMÉZON. — L'une était délirante, active, elle protestait. L'autre était simplement sthénique.

M. GUIRAUD. — Il n'y a pas de changement de constitution à invoquer dans de tels cas où des tableaux symptomatiques variés dérivent de l'accès d'excitation. Dans un cas que j'ai observé personnellement, une paralytique, en cours de traitement et améliorée, devient hypocondriaque et proteste contre les agissements des infirmières qui n'appliquent pas, dit-elle, les prescriptions du médecin. Peu à peu, cependant, elle va mieux, corrige son délire et reconnaît qu'elle s'est trompée. On ne peut vraiment pas parler de changement de constitution à propos d'un épisode délirant de cette portée.

M. Ach. DELMAS. — Sérieux et Libert ont cité des cas de délires secondaires chez des paralytiques avec thèmes et réactions analogues. Le délire prend ici une allure d'hypocondrie, de paranoïa, mais la note dominante, c'est l'excitation. Elle porte sur telle ou telle tendance, mais elle sera brève et on ne peut pas même parler de constitution cyclothymique. Une telle réaction est à la portée de chaque malade ; la bouffée délirante, l'accès délirant ou confusionnel ne peuvent servir de base à l'acquisition d'une constitution.

**Les malades guéris, enracinés à l' « asile »,**  
par MM. G. DAUMEZON et L. CASSAN.

Il peut paraître paradoxal au grand public que, dans la clientèle normale des hôpitaux psychiatriques, puisse se trouver des individus pour lesquels l'hôpital psychiatrique réalise très exactement l'asile, soit « le lieu où l'on est en sûreté ». L'objet de cette communication est d'attirer l'attention sur les faits d'internement prolongé bien après la guérison des sujets, par la volonté même des anciens malades.

Deux catégories de faits paraissent devoir être envisagées :

- a) l'enracinement de sujets jeunes ;
- b) l'enracinement de sujets aux approches de la vieillesse.

A. — ENRACINEMENT DE SUJETS JEUNES

OBSERVATION 1. — *Bl. Edmond*, entré en 1928, à 22 ans, à l'Asile de Sarreguemines. Après d'excellentes études, fit de nombreux excès alcooliques, des dissentiments familiaux éclatèrent, et Bl. fut placé à l'occasion d'une période catatonique stuporeuse qui dura quelques mois. A la sortie de cette période, Bl. fut employé à quelques travaux de bureau, et devint bientôt un auxiliaire indispensable. Parfaitement correct, d'une ponctualité et d'un dévouement à toute épreuve, refuse cependant obstinément sa sortie. Bl. reste ainsi à l'hôpital psychiatrique jusqu'à ce que les événements qui ont précédé l'entrée en guerre provoquent des sorties massives dans lesquelles il est compris. Mobilisé, Bl. suit un peloton d'élèves officiers et termine la guerre comme aspirant... Nous avons reçu ces jours derniers une lettre où il réclame son admission dans le service de l'un de nous, ou tout au moins un emploi dans l'établissement qu'il dirige.

OBSERVATION 2. — *Mlle Bo.* est entrée à 26 ans à l'établissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais, venant d'une maison de santé, présentait un état catatonique qui céda au bout d'un an. Depuis, elle mène à l'établissement la vie d'une pensionnaire un peu privilégiée, jouissant d'une large liberté, entretenant avec les sœurs des rapports sur un plan de camaraderie un peu brusque. A plusieurs reprises, elle est rentrée dans sa famille, mais rapidement est revenue, malgré les instances de ses parents, « l'asile, dit-elle, lui manquait ».

Mlle Bo. qui possède une licence de langue étrangère n'est nullement démente, et, en dehors d'une certaine désinvolture, d'une certaine négligence, présente un comportement absolument satisfaisant ;

ses lettres à sa famille et son attitude témoignent de sentiments affectifs nullement émoussés.

Ces deux observations, qui pourraient être multipliées largement, ont trait à deux schizophrénies en rémission très prolongée, dont le seul trouble réside en une certaine timidité, une certaine indifférence devant l'existence. Socialement, il ne paraît pas cependant possible de considérer ces sujets comme des malades, encore moins comme des aliénés.

#### B. — ENRACINEMENT DE SUJETS AUX APPROCHES DE LA VIEILLESSE

La prolongation du séjour en milieu asilaire est ici le fait d'une décision parfaitement réfléchie, lorsqu'on conte l'histoire de ces individus à des laïcs ils ne manquent pas de s'écrier : « Ce sont des sages ».

OBSERVATION 3. — *Mlle Au Angèle*, couturière, entrée à l'établissement au printemps 1938, âgée de 60 ans. Elle présentait un second accès dépressif mélancolique franc, déclenché par le décès d'une sœur : les deux vieilles demoiselles avaient leur clientèle, leurs habitudes. Sept mois après l'internement, Angèle sort de son état dépressif, orientée, consciente, mnésique, elle expose fort bien sa situation : « Sortir ? oh, non, Docteur, ma vie serait trop compliquée dehors et trop simple ici. » Elle devient, dans le service, une monitrice de couture dans un pensionnat de femmes.

OBSERVATION 4. — *Mlle Ch.*, 54 ans, couturière, entre à l'établissement le 7 mai 1939 : § Dépression chez une maniaque dépressive, second accès dépressif. Caractère habituel hypertonique. Etat actuel à type de mélancolie avec conscience. »

Sortie de son état dépressif, elle a repris son caractère enjoué, mais elle refuse de sortir : « J'ai perdu ma clientèle, la vie au-dehors est trop compliquée, je reste ici. », explique-t-elle avec un sourire, et elle retourne aussitôt au travail. Quelque temps avant son entrée, elle avait recueilli un enfant de l'Assistance actuellement de nouveau confié à cette administration. Elle s'intéresse vivement à cet enfant, lui écrit souvent.

OBSERVATION 5. — *H. Georges*, coiffeur, entré à l'Asile de Sarreguemines au printemps 1935. « Etat dépressif sévère, amaigrissement considérable, délire dépressif avec auto-dépréciation, crainte de damnation, idées de ruines, refus d'aliment nécessitant le gavage. » Au bout de huit mois, sort de son état, retrouve son embonpoint, sa

lucidité, et jouit, dans le service, d'une grande liberté tout en occupant ses loisirs à coiffer ses camarades.

H. est le type du coiffeur soigné, aimable, poli, étalant en guise d'enseigne une barbe fluviale et impeccable. Ponctuel, il accomplit dans l'hôpital un service discret et assez léger, il se promène aux abords sous l'aspect d'un retraité respectable et quiet. Il reçoit souvent de ses fils, de sa fille, des lettres affectueuses qui le pressent de rentrer à Paris, de prendre avec eux un salon. H. répond assez froidement et, arguant de sa santé fragile, il décline les offres. Interrogé, il déclare se considérer comme heureux et borner ses désirs à une légère augmentation de pécule.

Des malades comme ceux dont nous rapportons l'observation peuvent vivre de très longues années à l'Asile ; dans le service du Dr Capgras, l'une d'entre nous put connaître, vers la 40<sup>e</sup> année de son internement, une femme, Mlle Al., entrée pour une dépression de la ménopause, guérie depuis 1895, et qui n'avait jamais voulu sortir de Ste-Anne.

Nous voudrions décrire, maintenant, une femme un peu différente des sujets précédents.

OBSERVATION 6. — *Mme Ma.*, entrée en 1929, à 55 ans, employée de Caisse d'épargne. Etat dépressif très rapidement guéri au bout de deux mois. « Quand j'aurais pu partir, j'ai dit au Docteur que je voulais rester, si je pouvais. » Depuis cette époque, Mme Ma. habite un pavillon peuplé de malades assez agitées où elle se proclame parfaitement à l'aise : « Je suis moins triste que je n'étais autrefois, je n'ai pas le souci de la vie comme je l'avais. »

Elle se présente souriante, ironique, émaillant sa conversation d'allusion aux délires de ses compagnes. Sa longue vie au milieu de dévergondages effrénés lui fait faire l'étalage cynique et sans honte d'une vie assez banale mais totalement dépourvue de toute préoccupation éthique, c'est ainsi qu'elle avoue sans vergogne et même avec vantardise ses expériences sexuelles, ses petites malhonnêtetés. Au demeurant, elle passe ses jours à broder des draps d'autel pour son fils, prêtre, on sa fille, religieuse, et s'amuse à taquiner les malades pour s'égayer de la grossièreté de leurs réactions.

Nous croyons être arrivés, à l'aide de ces quelques notes, à mettre en place cette figure de spectatrice tantôt réservée, fermant les yeux sur la déraison de ses compagnes, tantôt au contraire amusée, s'intéressant à l'aspect cocasse de certain délire ; sujets dont la vie s'est identifiée à celle de l'établisse-



ment qui les abrite, intarissables sur les fastes de la chronique asilaire, rappelant avec attendrissement les faveurs que tel ou tel médecin leur ont témoignées, participant avec une affectivité entière aux vicissitudes de l'Asile. Nos malades ont participé aux événements tragiques de juin, non pas d'une façon individuelle, mais sur le plan collectif du groupe humain que représentaient les malades de l'Etablissement.

Tous ces sujets se considèrent comme radicalement différents de la masse des malades qui les entourent. Quelques-uns essaient d'avoir sur eux une influence dans un sens psychothérapique ; d'autres (obs. 6) adoptent une attitude très différente : elles se moquent de leurs compagnes, elles utilisent pour leur plaisir les mots inducteurs qui déclencheront telle réaction amusante, parfois, même, on doit mettre un frein à leurs moqueries. En somme, chacun réagit comme les personnes normales réagissent en présence d'aliénés, exactement de la même manière que nos infirmiers, dont la conduite est chaque fois dictée par les tendances constitutionnelles ou éthiques.

A l'égard du personnel, même variabilité, mais la conduite la plus fréquente est celle de l'attachement, tantôt en camarade, tantôt en subalterne dévoué : lorsque le malade, par son long séjour, devient l'informateur indispensable de tout le personnel médical et secondaire, alors seulement il prend l'attitude de conseiller expérimenté, de l'aïeul.

Certains cas d'enracinement sont cependant curables :

OBSERVATION 7. — *Mlle Be. Camille*, institutrice. Entre à l'Etablissement le 7 avril 1938. Episode dépressif extrêmement sévère avec appoint confusionnel, agitation anxieuse, refus d'aliments ; raptus suicide ; puis période onirique anxieuse de longue durée. Le 2 janvier 1939, sortie de son onirisme, déclare : « Je suis de nouveau moi. »

A partir de cette époque, *Mlle Be.* mène dans le service une vie absolument normale, s'occupe, fait les courses du pavillon, exerce sur les autres malades une influence réelle, attachement très profond pour la sœur du pavillon. Lit, n'est nullement affaiblie, organise des promenades.

Mais *Mlle Be.* ne désire pas sortir, elle s'effraie à l'idée d'avoir perdu son poste dans les environs de Paris, elle craint les difficultés d'une installation, d'un déménagement. Malgré notre désir, nous devons conserver notre ex-malade. Ce n'est qu'en lui faisant entrevoir l'indélicatesse qui consisterait à prolonger un repos largement payé par l'administration, que nous obtenons, à l'automne 1939, que *Mlle Be* reprenne une classe. Depuis elle s'est fort bien réadaptée,

éerit souvent des lettres nostalgiques et nous fait de fréquentes visites.

Si Mlle Be. n'avait fait partie d'une administration qui, en la forçant à reprendre son activité antérieure, a fait les frais de sa réadaptation, elle serait restée à l'établissement, dans son rôle d'auxiliaire encadrant des malades déprimées. Nous touchons là un des modes de réadaptation exceptionnel.

Nous nous arrêterons peu à l'aspect psychiatrique de nos malades, tous ont présenté des dépressions d'involution. Plus tard, on ne relève aucune trace psychopathique : *ce ne sont pas des déprimés*, certains même, comme Mme Ma., présentent un enjouement qui est presque une hypertonie. Cette dernière malade dit même : « Autrefois je craignais toujours de perdre le moindre avantage que j'avais, je suis maintenant complètement tranquille ».

*Ce ne sont pas des déficitaires*, ceux ou celles de nos malades qui avaient une profession précise ont conservé une aptitude entière : H. est un coiffeur de premier ordre, Mlle A. une excellente couturière, Mlle Al. était connue pour l'exactitude de ses souvenirs.

*Au point de vue affectif*, ces sujets vibrent de façon absolument normale, certains ont pu faire preuve d'un intérêt altruiste, absolument intact.

Il s'agit d'individus qui, en pleine connaissance de cause, ont préféré les avantages de la vie asilaire au tumulte et aux tracasseries de la vie autonome. Ces sujets ont même parfois accepté, non seulement les inconvénients de leur nouvelle situation, mais aussi une certaine responsabilité morale comme le prouve leur participation à la vie du service.

Dans notre expérience psychiatrique, assez récente, nous n'avons eu aucune peine à trouver ces sept observations. Il est à craindre, devant les circonstances de plus en plus difficiles de la vie actuelle, que le nombre des enracinés augmente, réalisant un danger, modeste sans doute, mais réel, d'encombrement pour les hôpitaux psychiatriques. Comment réduire le nombre de ces « internement abusifs » ? pour employer la terminologie de F. Adam qui n'avait pas, dans sa thèse, envisagé les sujets de notre étude actuelle.

Pour les sujets jeunes, nous envisageons une forme d'utilisation très pratique, recrutement de ces sujets en qualité d'agents auxiliaires d'un type spécial, jouissant d'un statut particulier, formant un cadre restreint au service de l'Asile. Nous nous pro-

posons d'ailleurs de publier ultérieurement le texte du statut de ces auxiliaires que l'un de nous a fait approuver par le Conseil général du Loiret.

Pour les sujets plus âgés, sortant d'une dépression d'invololution, nous avons vu qu'un des facteurs de leur enracinement était leur attachement à un établissement, à certain membre de son personnel, à un certain cadre où ils ont retrouvé la santé. Il paraîtrait inhumain de vouloir les en abstraire, et nous croyons entrevoir la solution dans la Colonisation familiale dans les familles du personnel, telle que F. Adam l'a préconisée dès 1912 (thèse, p. 125).

M. RAYNEAU. — En 1915, dans le Loiret, j'ai tenté le placement familial pour tous ces malades. L'idée de M. Daumézon se réalisera sans doute plus facilement aujourd'hui qu'à cette époque, car l'opposition a été totale.

M. BRISSOT. — Du point de vue légal et du point de vue pratique, il y aurait de gros inconvénients : indiscretions, communications de documents et même de certificats.

M. DAUMÉZON. — Il y a des précautions à prendre évidemment pour utiliser les malades. On les affecterait à des postes subalternes et non médicaux. Il y aurait des statuts à fixer : domicile de secours, paiement de gratifications assez basses, mais suffisantes.

M. BRISSOT. — Mais alors, ces malades conviennent aux colonies familiales. Il s'agit d'abouliques et de désadaptés. Ils ne présentent pas de troubles qui les empêchent d'aller en Colonie. Et la question du domicile de secours ne se pose plus.

M. DAUMÉZON. — Pour Paris, oui, mais pour les provinciaux, il est difficile de sortir les malades du cadre.

M. FERDIÈRE. — Même pendant la guerre, je n'ai pas fait appel à la main-d'œuvre que les malades pouvaient fournir. Le but du médecin d'asile est de faire sortir le plus possible les malades, et la sortie d'essai est alors une solution intéressante. Un pécule est remis ; les nourriciers sont surveillés. Dans le Berry, on donne au moins 300 francs par mois. Le médecin reste là en cas de maladie intercurrente.

M. RONDEPIERRE. — Pour les vieillards, la place est à l'asile

de vieillards ; administrativement, cela paraît aisé ; mais pratiquement, on n'obtient rien.

M. FERDIÈRE. — Mes tentatives ont rencontré la même inertie officielle.

M. DAUMÉZON. — C'est un problème local. En Moselle, c'était facile : l'organisme était départemental ; quand il est communal, on n'arrive à rien.

M. Ach. DELMAS. — Le point de vue clinique est à étudier à fond et mériterait un travail, une thèse. Vous dites que les malades n'ont plus de troubles mentaux. Or, on en trouve, de ces malades, dans les maisons de santé payantes. J'ai connu une déprimée qui devait rentrer au Chili et qui, au moment de la décision, a fait un accès d'angoisse qui a provoqué une rupture de relations. La famille est rentrée au Chili sans elle. Une autre malade est morte à la Clinique après des tentatives répétées de sortie.

Autre point de vue : la statistique ; avant de prendre des mesures administratives, il faudrait savoir quelle est l'importance du contingent. Ces malades sont-ils vraiment si nombreux ? La situation créée est-elle si grave qu'il faille prendre de grosses décisions ?

**Psychose aiguë familiale curable (le père, la mère et la fille placés le même jour, sortis le même jour), par M. Gaslon FERDIÈRE.**

Ce n'est pas seulement en raison de son pittoresque que je rapporte cette observation, mais il me paraît possible de la faire suivre de quelques commentaires succincts ; elle amorcera aussi, je l'espère, une intéressante discussion.

Dans l'après-midi du 22 juin 1940, donc peu après le passage dans la région des réfugiés et des armées, deux jours après l'arrivée des premiers Allemands, une automobile amène à l'Hôpital psychiatrique de Chezal-Benoît la famille S., de D... ; elle est composée du père, 51 ans, de la mère, 44 ans, et de la fille, 18 ans.

L'aspect des trois malades diffère notablement, aussi bien pour les non initiés que du point de vue psychiatrique.

Le père se présente comme un confus onirique excité ; il est

subfébrile, tremble ; je songe à un accident aigu au cours de l'alcoolisme chronique et commence de suite la strychnothérapie. Lorsque je le revois le lendemain, il a peur, s'imagine que les infirmiers sont là pour le tuer ; il vient de casser un carreau de sa fenêtre pour se faire entendre et appeler au secours.

*La mère* garde le silence et paraît indifférente à tout ce qui l'entoure. De temps en temps elle sourit sans motif valable ; elle est immobile dans une attitude quasi-catatonique et il faut la pousser un peu pour la faire pénétrer dans le quartier. Les jours suivants, elle abandonnera progressivement son demi-mutisme et s'intéressera de plus en plus aux événements extérieurs, s'informera par exemple de l'état de sa fille et demandera à voir celle-ci.

*La fille* se présente absolument en maniaque, gesticule, parle sans arrêt ; les associations se font avec une extrême rapidité et la fuite des idées est souvent manifeste ; les rires succèdent aux pleurs et les pleurs aux rires...

Ce n'est que par la suite que j'ai été informé du début des phénomènes mentaux, grâce à l'interrogatoire des malades eux-mêmes, de leur famille, des voisins et du maire du pays. Depuis plusieurs jours les S. avaient de nombreux motifs d'inquiétude qui étaient discutés à la table familiale : on parlait de vols à droite ou à gauche, on décrivait des scènes terrifiantes sur la route voisine ; il fallait apporter ses armes à la mairie, mais la serpe devrait-elle être jointe ? etc. La mère serait tombée malade la première et elle aurait traversé une courte période d'excitation avant de tomber dans l'état d'hébétéude qu'elle présentait à son arrivée. La fille à ce moment a fait de véritables crises d'hystérie. Le père enfin « s'est senti devenir malade » : « j'ai senti que ça allait me prendre à mon tour... j'étais anxieux, angoissé... j'avais peur des voisins communistes, etc... ».

Du point de vue somatique et tout particulièrement neurologique, aucun fait intéressant à noter chez les trois malades.

En quelques jours, les signes que je viens de décrire diminuaient d'intensité ; dès le début de juillet, la triple guérison était totale et le 17 juillet la famille retournait à la ferme de D... Depuis ce moment leur vie habituelle a repris son cours sans difficulté et sans accroc et le triple internement n'a laissé qu'un mauvais souvenir.

J'ai revu souvent le père, la mère et la fille et me suis intéressé à leur faire expliquer leurs interprétations ou leurs hallucinations épisodiques ; j'ai aussi pratiqué une série de tests mentaux : le niveau intellectuel de la mère et de la fille est moyen ; celui du père nettement supérieur à la moyenne habituelle dans une population rurale. Je dois dire aussi qu'il n'est possible de découvrir aucun antécédent héréditaire ou personnel ; aucune tare névropathique ne pèse sur la famille qui a toujours joui d'une excellente santé.

1° Ces deux notations interdisent formellement, semble-t-il, de soulever l'hypothèse de la trop fameuse dégénérescence.

2° Seule une hypothèse purement psychogénétique est susceptible de rendre compte des troubles présentés simultanément par les trois malades.

3° De plus les mêmes causes psychiques ont été capables de déclencher des psychoses de symptomatologie extrêmement différente, peut-on dire, dont les signes appartiennent à des séries de pronostics opposés ; chacun des trois personnages a joué à sa façon sa courte maladie mentale.

M. Ach. DELMAS. — La famille est-elle normale ?

M. BRISSOT. — Quel est son niveau mental ?

M. FERDIÈRE. — Le niveau est supérieur à celui des cultivateurs du voisinage. L'état mental est tout à fait normal.

M. Ach. DELMAS. — Ce n'est pas très classique, mais il y a peut-être là un point de contagion. La première, la mère, a pu provoquer chez le mari et la fille un état d'émotion promoteur de l'accès.

La séance est levée à 18 heures.

*Le Secrétaire des séances,*

Paul CARRETTE.

---

*Séance du Lundi 24 Février 1941*


---

Présidence : M. Achille DELMAS, président

---

## Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du lundi 27 janvier 1941 est adopté.

## Correspondance

La correspondance comprend :

une lettre de M. le D<sup>r</sup> VIÉ, *secrétaire général* qui, souffrant, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> HEUYER, *membre titulaire*, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

## Election de deux membres titulaires

Après lecture du rapport de M. BESSIÈRE au nom d'une Commission composée de MM. BESSIÈRE, BRISSOT, HEUYER, LAIGNEL-LAVASTINE et SENGÈS, il est procédé au vote sur les candidatures de Mlle le D<sup>r</sup> Elisabeth CULLERRE, médecin des hôpitaux psychiatriques de la Seine, et de M. le D<sup>r</sup> Jean DELAY, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux de Paris.

Nombre de votants .....	25
Majorité absolue .....	13

Ont obtenu :

Mlle le D <sup>r</sup> CULLERRE .....	23 voix
M. le D <sup>r</sup> DELAY .....	22 —
Bulletins blancs .....	2

Mlle le D<sup>r</sup> CULLERRE et M. le D<sup>r</sup> DELAY sont élus *membres titulaires* de la Société médico-psychologique.

## COMMUNICATIONS

**Anorexie mentale grave : guérison instantanée par un coma insulinique accidentel, par MM. J. RONDEPIERRE et H. MAURICE.**

Nous avons l'honneur de vous présenter une ancienne malade, Mlle P..., actuellement âgée de 34 ans. L'anorexie mentale dont elle fut atteinte revêtit un certain nombre de particularités qui nous ont incités à vous communiquer son observation très résumée, suivie de quelques commentaires.

OBSERVATION TRÈS RÉSUMÉE. — 31 ans à l'entrée. Régée à 13 ans 1/2; à 15 ans restrictions alimentaires, allégation de troubles digestifs (très improbables). A 18 ans, appendicectomie sans amélioration. Aménorrhée. Poids en 1928: 30 kg. Examens médicaux négatifs. Hyperactivité intellectuelle. Brevet obtenu avec mention très bien. Consent à s'alimenter pour pouvoir passer un concours à la Préfecture de la Seine. Réapparition des règles. Poids 43 kg. Reçu première sur 1.200 candidates. A nouveau sous-alimentation, prend seulement du café et des boissons sucrées. Poids 34 kg. Aménorrhée. En septembre 1937 : œdèmes des membres inférieurs et de l'abdomen. En mars 1938, poids: 26 kg.

Un médecin spécialiste de l'estomac porte le diagnostic de maladie de Simmonds et prescrit un traitement hypophysaire. Dix jours plus tard : agitation, délire, cris. Conduite à l'hôpital Henri-Rousselle, le 9 avril 1938. Certificat du D<sup>r</sup> Pichard : « Syndrome catatonique. Attitude figée, stéréotypée, rires immotivés, demi-mutisme avec réponses imprécises et monosyllabiques. Troubles datant d'environ trois semaines, mais ayant succédé à une longue période d'anorexie mentale. » Pour 1 m. 52, poids : 25 kg. Aspect squelettique.

Sous l'influence de l'isolement et de l'alimentation les symptômes de discordance s'estompent faisant place à un syndrome confusionnel avec anxiété marquée. Désorientation. Hallucinations auditives impératives (interdiction de manger) et surtout visuelles avec illusions : infirmières transformées en monstres, en négresses, enfant Jésus lilliputien et lumineux, saintes Vierges à moustaches, délire mystique ; bien que non pratiquante (non baptisée) réclame les derniers sacrements. Puis, éléments dépressifs : idées d'indignité, de culpabilité. Deux tentatives de suicide. Alimentation forcée. Gain de 2 kgr. Confusion et onirisme disparaissent mais syndrome mélancolique toujours accentué.

Née avant terme (8 mois). Implantation vicieuse des dents. Axyphoëdie. Troubles vaso-moteurs. Tension artérielle 10-6. Pouls insta-



ble. Glycémie : 0,88. Bordet-Wassermann négatif. Liquide céphalo-rachidien normal. Rien dans les urines. Grand-père alcoolique.

Recevant pour la 33<sup>e</sup> fois 15 unités d'insuline, fait un choc hypoglycémique avec convulsions ; aussitôt après mange normalement, est guérie, sort de la Maison de santé 3 mois et demi après son entrée.

*Fonds mental.* — L'étude du fonds mental de Mlle P. est particulièrement intéressante. Nous avons signalé son amour de l'étude, la facilité avec laquelle elle passait ses examens, son énergie spirituelle. Presque cachectique, elle continuait à travailler, à parler avec enjouement, même à plaisanter. De caractère calme et réfléchi, elle était douce, particulièrement sensible et affectueuse. Les distractions mondaines avaient pour elle peu d'attraits. Elle s'attachait, quitte à se négliger, à soulager toutes les souffrances autour d'elle par amour du bien qui est, suivant ses propres termes, son idéal. Susceptibilité extrême, hyperesthésie affective, avec tendance à la rêverie, à l'idéalisation, constituent les particularités de son état mental. Il faut y ajouter des troubles de l'instinct génital. Jamais la malade n'a éprouvé de sollicitations sexuelles, elle n'a jamais eu l'idée de se marier. En somme, constitution spéciale, non schizoïde, le repliement de la malade sur elle-même n'étant pas assez marqué : l'activité a toujours été très vive. Son comportement, son hyperesthésie s'apparentent plutôt à certains traits de la mentalité infantile. Son écriture est tout à fait celle d'un enfant.

COMMENTAIRES. — 1<sup>o</sup> *Il s'agissait bien d'une anorexie mentale typique (avant l'internement).* On retrouve dans notre observation les symptômes à peu près au complet décrits dans l'anorexie mentale :

*Psychiquement* (avant l'internement) : Optimisme inexpugnable (Lasègue). Au sujet de l'alimentation : « Refus poli et allégations manifestement fausses » (Codet). Exagération d'une activité paradoxale (tous les auteurs). Vie intellectuelle intense (Donnadieu). Enfin : hyperesthésie affective, sentiment d'infériorité, besoin d'expansion altruiste (Baruk). Troubles de l'instinct sexuel (les psychanalystes). Puérilisme et tendance à régresser vers l'enfance (décrits par P. Janet bien avant la mode psychanalytique).

*Physiquement* : Troubles digestifs initiaux sans caractère précis. Aménorrhée. Peau brunâtre, hypertrichose avec fin duvet sur les zones habituellement glabres (N. Péron). Tension artérielle, glycémie, métabolisme basal abaissés. Ptose stomacale.

2<sup>o</sup> *Vu les symptômes surajoutés par la suite (catatonie, confusion hallucinatoire, mélancolie délirante), n'était-on pas en présence d'une anorexie mentale symptomatique ?*

On a pu penser tour à tour à la mélancolie, à un délire hypochondriaque, à une démence précoce ; nous discuterons seulement le syndrome de Simmonds. Cette affection est rare chez les jeunes filles ; on la voit plutôt chez des femmes ayant eu des enfants ; certains auteurs (Simmonds, Reye, Maresch ont même incriminé la puerpéralité dans son étiologie) ; ses signes communs avec ceux de notre observation sont aussi des symptômes rencontrés en cas de dénutrition simple. Il n'y avait pas de signes de sénilité précoce, ni de chute de dents. Dans la cachexie hypophysaire, les symptômes de l'affection s'observent avant même que l'alimentation ait été très réduite ; ici, ils ont succédé peu à peu au manque de nourriture. L'épreuve d'Aron n'a pu être faite, on sait d'ailleurs combien ce test est discuté. A dire vrai, il n'existe aucun signe pathognomonique dans la « maladie de Simmonds » qui nous apparaît surtout comme un syndrome pluriglandulaire, d'ailleurs rare. Bien plus, un pareil syndrome, au moins dans certains cas, peut être consécutif à la dénutrition, celle-ci pouvant incontestablement entraîner des désordres endocriniens (Stefko, Sedeletzky, Azerad, Loeper et Mme Brouet-Sainton). Nous avons donc, par prudence, mis en œuvre un traitement glandulaire, mais seulement à titre d'adjuvant ; cette thérapeutique s'avéra sans effet.

Par contre, tous les troubles décrits dans les psychoses dues à l' inanition (1) se retrouvent dans notre cas. Nous rappellerons seulement les symptômes psychiques : anxiété, confusion, délire à teinte mélancolique avec auto-accusation et idées d'indignité, illusions et hallucinations à la tombée du jour, prédominance des hallucinations visuelles parfois lilliputiennes, parfois mystiques, enfin pronostic favorable. L'anorexie mentale est donc bien, ici, l'affection primitive, responsable, à elle seule, des graves désordres somato-psychiques survenus par la suite. De tels troubles, surtout aussi intenses, sont rares chez les anorexiques mentaux. Sans doute convient-il d'incriminer, chez Mlle P..., une fragilité particulière du système nerveux végétatif et l'influence de l'hérédité dont témoigne la présence de certains signes somatiques. Ainsi, dans les psychoses d'épuisement somato-psychique, observées après les événements de juin dernier : chez les malades indemnes de tout passé héréditaire, ces psychoses réactives furent de courte durée ; chez d'autres (à hérédité souvent chargée), l'évolution s'est prolongée, les signes de confusion et de

(1) H. MAURICE. — Les psychoses d'épuisement à base de dénutrition. Thèse Paris, 1938.

dépression s'intriquent et, parfois, elles évoluent vers la dissocation.

Peut-on, dans notre cas, tenter d'expliquer cette anorexie ? La réalité des troubles digestifs invoqués par la malade n'est en rien démontrée. L'apparence physique peut suggérer l'hypothèse suivante : complexe d'infériorité et mécanisme compensateur — si souvent décrits — expliquant le fonds mental tel que nous l'avons exposé : puisqu'on ne peut avoir une vie de femme avec ses satisfactions d'épouse et de mère, on se dévouera pour son prochain, on sera supérieure dans un autre domaine ; on surpassera les autres, non seulement par son rendement intellectuel (1<sup>re</sup> sur 1.200 candidates, fonctionnaire citée en modèle), mais encore par ses qualités de cœur, par l'abnégation ; le corps, « cette guenille », sera méprisé au point qu'on ne lui accordera même plus le minimum alimentaire, qu'il finira d'ailleurs, comme il est classique, par ne plus réclamer.

*Le traitement.* — Réalimentation, gavage à la sonde, sérum glucosé, extraits hépatiques. A titre adjuvant : extrait cortico-surrénal, antéhypophyse, benzogynestryl en piqûres ; enfin, insuline, 15 unités par jour, en une fois, suivie de l'ingestion de 150 gr. de sucre certains jours. Brusquement, à la 33<sup>e</sup> injection d'insuline à 15 unités (cette dose étant bien supportée quotidiennement depuis 1 mois), Mlle P... fit un coma hypoglycémique avec convulsions : phénomène soudain de sensibilisation à l'insuline, que nous observons parfois et dont la cause nous échappe. Tout rentra rapidement dans l'ordre après administration de sirop de sucre, mais, à son réveil, la malade se précipita à la cuisine et mangea tout ce qui se trouvait à sa portée. Dès lors, elle fut guérie, s'alimentant normalement sans qu'il fût besoin de l'en prier. A la sortie, elle avait repris 11 kgr. ; les règles n'avaient toujours pas reparu.

Actuellement, deux ans et demi après la sortie, la guérison se maintient, bien qu'imparfaite. L'aménorrhée persiste malgré le traitement opothérapique institué. Le soir, lors de l'endormissement, alors que la conscience n'exerce plus son frein, Mlle P... a encore de vagues idées de culpabilité. Ces constatations, jointes à la non-modification du fonds mental, la récurrence de l'anorexie après l'épisode de la puberté, nous imposent des réserves pronostiques que conseillait M. Séglas devant des cas semblables, l'éventualité d'une rechute apparaissant toujours possible.

On trouvera la *Bibliographie* dans les articles suivants de la *Presse Médicale* : PAGNIEZ, 3 mai 1939 ; CHATAGNON et SCHERRER, 23 août 1939,

— et dans les deux thèses ci-après : PAINGAULT : *Maladie de Simmonds*, Paris, 1937 ; surtout CARRIER : *L'anorexie mentale*, Paris, 1939.

Introduite, la malade expose les raisons de son refus d'aliments. Elle n'avait pas faim et souffrait de l'estomac.

M. Ach. DELMAS. — Aviez-vous des vomissements, des lourdeurs, des douleurs ? Etiez-vous triste, fatiguée ? Aviez-vous d'autres raisons pour ne pas manger ? Souffrez-vous encore ? Pourquoi vous êtes-vous déterminée à vous alimenter ?

La malade répète ses déclarations.

M. Ach. DELMAS. — Pourquoi ne faisiez-vous pas d'effort ? Aviez-vous des craintes, de l'anxiété ?

M. Henri CLAUDE. — La malade déclare avoir perdu la sensation de faim pendant son accès. M. Delmas orientait son interrogatoire vers la recherche d'un état mélancolique. On pourrait s'adresser également au facteur délirant ou hypocondriaque. L'anorexie se retrouve dans des cas très différents. La dépression mélancolique est la cause la plus fréquente, mais à côté de formes curables nous en connaissons qui ont abouti à la démence précoce. M. Delmas se souvient certainement du cas que nous avons observé ensemble et qui a finalement cédé à l'insuline et au cardiazol. Il ne restait chez cette malade que de rares hallucinations. Elles n'empêchaient pas la reprise du travail intellectuel et d'une activité satisfaisante. Or, trois ans plus tard, cette malade m'est revenue avec un syndrome parkinsonien. Comment démêler dans toute cette histoire clinique la cause de l'anorexie ? Peut-être s'agit-il d'une encéphalite à type hébéphrénique. Beaucoup de cas s'intègrent ainsi dans un ensemble complexe.

M. Ach. DELMAS. — L'anorexie mentale relève le plus souvent de la cyclothymie. On se trouve en présence d'asthéniques, de déprimés constitutionnels avec tension basse, souvent capables d'une activité intellectuelle contrastant avec leur fragilité physique. A la longue, ils guérissent ou font un accès mélancolique franc. La malade de M. Rondepierre est une petite anxieuse avec des troubles physiques principalement digestifs ; ce n'est pas une hypocondriaque.

Je ne vois pas bien la cause du refus d'aliments chez la malade de M. Claude devenue parkinsonienne, mais je retiens la présence d'hallucinations, fréquentes chez de tels malades. A la

longue, une hallucinose se dessine, bien tolérée, sans délire, finalement curable.

M. PÉRON. — On a tendance à parler d'anorexie mentale chaque fois qu'un malade refuse de s'alimenter. C'est le refus d'aliments qui répond à une étiologie complexe. Pour l'anorexie mentale, elle constitue généralement un syndrome franc, net, que le psychiatre voit sous un jour confus parce qu'il n'assiste pas au début des troubles. La malade est d'abord confiée au gastro-entérologue et son amaigrissement est d'une telle lenteur qu'il est considérable, bien avant que n'apparaissent les troubles mentaux importants. Pendant cette lente évolution les diagnostics étiologiques envisagés sont nombreux et c'est ainsi qu'on voit souvent à tort poser celui de maladie de Simmonds alors que la cachexie hypophysaire n'a rien à voir avec l'état du sujet.

M. GOURIOU. — Quand ces malades disent qu'elles n'ont pas faim, c'est surtout parce qu'elles souffrent de l'estomac. C'est la douleur qui domine et qui détermine leur attitude. Bien souvent on pose le diagnostic d'anorexie mentale alors qu'on assiste au début d'une affection organique.

**Thyroïdectomies et psychoses consécutives (4 cas),**  
par MM. J. RONDEPIERRE, J. VIÉ, M<sup>lle</sup> BARRAT et M. THÉVENOT.

Les troubles psychiques de la maladie de Basedow sont bien connus. Les thyroïdectomies ne semblent pas apporter toujours pour eux des résultats satisfaisant. Nous rapportons ici quatre observations dans laquelle la thyroïdectomie a été suivie de troubles mentaux. A cette occasion, nous avons pour but de signaler, comme l'ont déjà fait Welti, Baruk et Mlle Mathey (1), l'incontestable danger de la thyroïdectomie quant à ses séquelles psychopathiques possibles.

Chez certains sujets, il est déjà difficile d'établir un diagnostic d'hyperthyroïdie primitive, et même s'il existe des « formes psychiques pures prévalentes » l'intervention ne paraît pas alors apporter les résultats escomptés. La thyroïdectomie, par le déséquilibre neuro-végétatif sous-cortical qu'elle entraîne, manque

(1) WELTI, BARUK et YVONNE MATHEY. — Diagnostic des troubles psychiques basedowiens et des syndromes mentaux d'apparence thyroïdienne. Importance du problème au point de vue chirurgical, *Presse Médicale*, 29 juin 1938.

rarement d'aggraver les troubles psychiques préexistants et peut même permettre le déclenchement d'une véritable psychose.

Nous résumons brièvement ces observations :

OBSERVATION 1. — Mme H., 38 ans, entrée le 10-2-40.

Antécédents : convulsions dans le jeune âge. Maladie de Basedow depuis 1925 : exophtalmie progressive, augmentation du volume du cou, diminution des règles, amaigrissement. *M.b.* en 1934 + 120 %. 48 séances de radiothérapie. Légère sédation pendant six mois, mais les troubles réapparaissent. *M.b.* + 67 % ; cholestérinémie 1,31 %. Thyroïdectomie en 1936 par résection américaine, c'est-à-dire très conservatrice ; Basedow vérifié histologiquement. Aussitôt après, dépression avec préoccupations religieuses. Est obsédée par l'idée de n'avoir pas été mariée à l'église ; après 12 ans de mariage elle fait bénir son union en 1937, mais l'auto-accusation et les craintes de ne pas être pardonnée persistent. Les troubles continuent à évoluer. En septembre 1939 phénomènes hallucinatoires, voit apparaître un gorille et pense qu'elle est possédée par le démon. Apparition à plusieurs reprises de la Sainte-Vierge et des Saints. Hallucinations génitales. Elle est internée avec le certificat suivant : « Délire mystique consécutif à une thyroïdectomie pour maladie de Basedow, (opération en 1936) avec hallucinations auditives, visuelles et psycho-motrices. Signé : D<sup>r</sup> CHATAGNON. »

La malade a été reprise par son mari incomplètement guérie et nous l'avons depuis perdue de vue.

Malgré la longue période entre l'opération et l'internement, les troubles psychiques semblent bien consécutifs à l'intervention. Ils apparurent aussitôt après, mais leur évolution sans manifestation bruyante n'avait pas nécessité l'internement immédiat.

OBSERVATION 2. — Mme B., jeune femme de 23 ans, hyperémotive. Aucun antécédent pathologique personnel ni héréditaire. Préoccupée de sa santé depuis mai 1939, palpitations, douleurs précordiales, amaigrissement. A ce moment, un interrogatoire médical lui suggère imprudemment l'existence possible de signes oculaires et autres. La malade croit aussitôt à leur existence et anxieuse se précipite chez un nouveau médecin ; celui-ci, malgré un *M.b.* à + 13 % et par suite de l'insistance probable de la malade, conseille une thyroïdectomie subtotale ; intervention en juillet 1939 : ablation d'un petit goître multilobulaire. Cependant Mme B. continue à se plaindre des yeux. La mobilisation et le départ de son mari exagèrent son état anxieux et elle retourne chez son premier médecin. Celui-ci, vexé d'avoir ignoré l'intervention, prononce quelques paroles malheureuses : « On vous a opérée sans s'assurer que ce n'était ni tuberculeux, ni cancé-

reux. » La malade se reproche alors l'opération, se considère comme incurable, ne s'occupe plus chez elle. Inactivité totale, puis mutisme complet avec refus d'alimentation, d'où internement le 4 septembre 1939. Dans le service comportement variable, tantôt mélancolique avec des paroxysmes anxieux, tantôt inerte avec négativisme et opposition. Automatisme mental. Quelques hallucinations visuelles : voit des têtes sur les murs. Des éléments discordants font craindre dès le début une évolution schizophrénique. Après un an d'internement, aucune amélioration, les éléments schizophréniques s'affirment, très mauvais état général. Traitement à l'insuline : 24 comas avec, au cours de ceux-ci, 7 crises convulsives par le cardiazol. Sortie guérie le 7 novembre 1940.

Dans cette observation, les troubles psychiques semblent avoir précédé l'intervention, l'instabilité, l'anxiété ne relevaient sans doute pas d'une hyperthyroïdie mais faisaient partie des préoccupations hypocondriaques qui amenèrent l'intervention. Celle-ci était injustifiée, elle a certainement, pour le moins, exagéré les troubles.

OBSERVATION 3. — Mme C., 32 ans, sans antécédents psychopathiques. Evolution depuis 1934 d'une maladie de Basedow : *M.b.* + 74 %. En 1935, intervention très prudente en deux temps par thyroïdectomie subtotale. Basedow vérifié histologiquement. Amélioration dès le premier temps, augmentation importante de poids de 46 à 74 kgs. Quelques mois après le deuxième temps, les troubles mentaux apparaissent très progressivement ; en 1937 trouble du comportement au dehors, disputes violentes, plaintes au Commissariat d'où internement en janvier 1938 pour : psychose hallucinatoire avec syndrome d'automatisme mental assez riche, hallucinations auditives, commentaires des actes, connaissance de ses pensées « par un écouteur ». Délire de débile tendant à la systématisation. Réactions mélancoliques prédominantes. Idées de suicide collectif. Phase d'excitation avec hostilité à la famille et au personnel. Réactions coléreuses violentes. En 1941 la malade est nettement plus calme avec des réactions impulsives. L'évolution confirme le diagnostic de psychose hallucinatoire chronique.

OBSERVATION 4. — Mme N., 49 ans. Antécédents : débile mentale illettrée, récit de crises épileptiformes apparues passagèrement à la puberté, réapparues depuis quatre ans au moment de la ménopause. Goitre ancien opéré en mai 1939. Réaction dépressive presque immédiate, tristesce, anxiété, puis idées hypocondriaques diffuses précédant la construction délirante d'ailleurs imprécise. Apparition dans les 15 jours d'hallucinations. Elle est internée le 9 juin 1939 pour débilité mentale avec état de subexcitation délirante, idées

hypocondriaques, hallucinations gustatives et olfactives, interprétations puériles, source d'idées inorganisées de persécution et d'influence. Amélioration rapide et en juillet 1940 transfert à Dun avec le certificat suivant : (D<sup>r</sup> Vié) « Est atteinte de débilité mentale. A « la suite d'une thyroïdectomie a fait un accès d'excitation déli-  
« rante qui est maintenant terminé. »

A l'appui de ces observations, où pourtant la thyroïdectomie n'a été que subtotale, nous avons retrouvé un article de Lian, Welti et Facquet (1) : 3 cas de thyroïdectomie sur 8 publiés qui furent suivis : le premier, de dépression profonde avec déséquilibre psychopathique ; le deuxième, d'un certain degré d'apathie ; le troisième, d'une dépression nerveuse se compliquant de troubles psychopathiques (manie de la persécution) qui fit conduire la malade à l'Hôpital Henri-Rousselle.

Ailleurs, Victor Arroyo (2) cite un cas d'état maniaque franc apparu une semaine après thyroïdectomie chez une basedowienne ayant fait antérieurement un accès confusionnel d'origine thyroïdienne (?).

Notons cependant, dans la majorité des cas, la prédominance des syndromes dépressifs ; elle n'est pas pour nous surprendre. En effet, la thyroïdie, selon l'expression de Rémy Collin, est une glande « dynamogène » dont la privation entraîne torpeur, lenteur d'idéation, dépression nerveuse pouvant aller jusqu'à la mélancolie.

La pathogénie de ces accidents est encore mal élucidée. Un facteur neuro-végétatif paraît intervenir. Divers travaux, et notamment ceux du Professeur Santenaise, ont montré les répercussions encéphaliques des dysthyroïdies. Une thyroïdectomie ne va pas sans s'accompagner de modifications sympathiques importantes dans la sphère céphalique. De nombreux auteurs ont souligné l'influence des perturbations vaso-motrices encéphaliques dans la pathogénie des troubles mentaux. Il ne s'agit ni de sympathicotomie, ni de vagotonie, mais d'une hypo-amphotonie. Si la thyroïde a sa place dans l'échelle végétative, elle n'en reste pas moins subordonnée à un centre neuro-végétatif primordial situé dans la région infundibulo-tubérienne. On a

(1) LIAN, WELTI et FACQUET. — « Résultats éloignés de 8 thyroïdectomies totales dans l'insuffisance cardiaque non basedowienne et dans l'angine de poitrine ». *Mém. de l'Académie de Chirurgie*, 10 février 1937.

(2) Psychoses basedowiennes (Psicosis basedowiana), par Victor ARROYO. *A. Revista de Psiquiatria y disciplinas conexas*, 3<sup>e</sup> année, N. 10, p. 64-75, juillet 1938.



d'ailleurs noté des modifications histologiques intéressantes au niveau du lobe antérieur de l'hypophyse des thyroïdectomisés, modifications différentes de celles qu'on peut observer chez des goitreux, des myxoédémateux et même des hyperthyroïdiens (certains auteurs, notamment Drouet, Aron et Merklen dénonçant à l'origine de la maladie de Basedow un trouble hypophysaire). Il existerait des « cellules de thyroïdectomie » constituées d'éléments fortement vacuolés (Travaux du Professeur N. Cherrechevski, Moscou). S'il existe un syndrome biologique, responsable de ces états psychopathiques, il est encore mal individualisé. On a noté une augmentation du cholestérol après thyroïdectomie. Une constatation identique peut être faite fréquemment dans les états maniaco-dépressifs (H. Claude, Dublineau et Mlle Bonnard), mais elle ne fait que traduire la perturbation endocrinienne et neuro-végétative : on n'y saurait voir la cause des troubles psychiques. Si le dysfonctionnement des centres neuro-végétatifs sous-corticaux semble intervenir, il faut y joindre un facteur de terrain psychopathique, et nous pouvons remarquer que dans les deux observations où cette prédisposition est manifeste (obs. 2 et 4) l'écllosion de la psychose a été presque immédiate.

Chez de tels sujets, on ne saurait être trop prudent au point de vue opératoire. Comme le souligne bien Welti dans son article sur la chirurgie thyroïdienne inutile (*Monde Médical*, 1<sup>er</sup> novembre 1938), le diagnostic est souvent difficile et cependant tout le problème thérapeutique est là. Chez le vrai basedowien, disent Welti, Baruk et Mlle Mathey, « le rapport des troubles mentaux et des perturbations thyroïdiennes est très net. Il y a un « véritable parallélisme. Au contraire, le faux basedowien se « présente avant tout comme un névropathe ». De plus, Risak (1) affirme qu'il existe des hyperthyroïdies d'origine cérébrale et de causes diverses. Sans contester la valeur d'un métabolisme basal élevé, il faut se souvenir de ses variations fréquentes chez les psychopathes, des difficultés de sa mesure en général, enfin de son peu de valeur comme élément isolé. Il faut être d'autant plus prudent que le malade sollicite davantage l'intervention, manifestant ainsi préalablement ses tendances hypocondriaques.

Devant les succès de la chirurgie thyroïdienne justifiée, on a été conduit à découvrir bien plus de basedow. Des malades éti-

(1) *Wiener Klinische Wochenschrift*, t. 50, N° 19, 14 mai 1937, p. 623-625.

quetés « Basedow fruste » ont été opérés chez lesquels, en l'absence des signes classiques, on croyait déceler, du moins, le « psychisme basedowien ». L'investigation clinique doit explorer minutieusement le passé mental des malades, même chez les vrais basedowiens. Chez ceux-ci l'intervention, quand elle est inévitable, doit respecter une quantité suffisante de glande, laissant subsister le léger hyperfonctionnement qui paraît nécessaire à leur psychisme particulier. Ces notions sont d'ailleurs connues maintenant des chirurgiens spécialisés. La possibilité de perturbations mentales graves après thyroïdectomie doit donc conduire à restreindre les indications de cette intervention, dont nous ne songeons nullement, il va sans dire, à nier les fréquents succès.

M. GOURIOU. — Peut-on dire que la thyroïdectomie soit la cause des accidents dans ce dernier cas ? Il y a des psychoses thyroïdiennes et des psychopathies chez des thyroïdiens.

J'ai observé deux cas analogues ; basedowiennes avec troubles du caractère et manifestations cardiaques. La première opérée est guérie depuis 6 ans. Chez la seconde, l'intervention n'a pas amené de modification sensible des symptômes. On peut tout de même considérer que dans les cas graves et tenaces la thyroïdectomie est à tenter.

M. X. ABÉLY. — Dans les recherches effectuées avec P. Abély nous avons observé l'évolution d'accès maniaques après la radiothérapie. Dans un cas où la thyroïde et l'hypophyse ont été irradiées, la malade est devenue démente précoce.

M. GOURIOU. — Dans la radiothérapie le mécanisme des troubles mentaux s'explique très bien. Il y a destruction d'hormones. On comprend moins bien pourquoi des troubles mentaux apparaissent tout de suite après la thyroïdectomie.

M. Achille DELMAS. — J'ai vu récemment un petit accès post-opératoire chez une malade opérée par M. Welti. Ces accidents ne doivent pas être rares. Il s'agit d'un choc post-opératoire banal.

Les accès de rire pathologique chez les épileptiques,  
par MM. L. MARCHAND et J. de AJURIAGUERRA.

L'accès de rire, comme d'ailleurs de pleurer, peut s'observer comme phénomène morbide au cours d'un grand nombre d'états pathologiques et particulièrement d'états neuro-psychopathiques se manifestant soit par un certain degré d'affaiblissement intellectuel, soit par une suspension d'activité des centres nerveux supérieurs. Il n'est donc pas surprenant qu'on puisse l'observer comme manifestation épileptique et ce sujet a déjà été traité par plusieurs auteurs.

L'accès de rire peut se produire soit au début ou au cours de l'accès convulsif, soit comme équivalent comitial, soit comme impulsion consciente et mnésique. Dans aucun cas, il n'est signalé comme aura.

Le rire au début de la crise convulsive est rare. Wilson (1) en cite deux cas. Dans le travail d'Edel (2), une de ses observations a trait à un sujet atteint d'épilepsie traumatique chez lequel les accès débutaient par un fou rire ; puis l'inhibition du tonus musculaire survenait suivie elle-même de somnolence.

Nous ne l'avons observé à cette phase de l'accès que chez un de nos malades âgé actuellement de 30 ans. Chez celui-ci les crises débutèrent à l'âge de 12 ans ; pendant quelques années, leur début fut marqué par un éclat de rire de courte durée dont le malade ne gardait aucun souvenir. Plus tard, ce trouble fut remplacé par des actes automatiques.

Mlle Raulin (3) rapporte aussi une observation semblable mais un peu particulière puisqu'il s'agit d'un alcoolique qui devint paralytique général. Pendant un an, son malade eut des crises de rire incoercible presque quotidiennes qui s'achevaient dans un spasme clonique avec soubresauts violents de la cage thoracique et miction involontaire.

L'accès de rire peut constituer la phase convulsive de la crise épileptique. Féré (4) a observé le cas suivant : son sujet âgé de 36 ans, était épileptique depuis l'âge de 14 ans. Outre les grandes

(1) WILSON. — *J. of. Neurology and Psych.*, 1924, p. 299.

(2) EDEL. — Ueber schlaf und schlaf anfälle in besondere narkolepsie und traumatischen epilepsie mit lachkränfe, *Zentrabl. f. d. ges. neur. und psych.*, vol. 51, p. 845.

(3) Mlle RAULIN. — Etude anatomique, psycho-physiologique et pathologique sur le rire et les exhalants, *Thèse de Paris*, 1899.

(4) FÉRÉ. — Accès de rire chez un épileptique. *Soc. de Biol.*, 1898, p. 430.

crises, il était sujet à des pâleurs subites avec chute et à des accès de rire que Féré décrit ainsi : « Le regard devient fixe, le malade pâlit, se renverse lentement pendant que son visage prend l'expression du rire sardonique, en même temps qu'il se produit des mouvements d'expiration brusques et saccadés, bruyants, interrompus par des inspirations longues et ronflantes. L'accès varie de quelques secondes à quelques minutes ; on ne note pas de rigidité dans les membres, l'insensibilité est complète ; les pupilles sont fortement dilatées.

Frigerio (1) a également observé un comitial qui présentait des crises de rire inconscient accompagnées de convulsions et de phrases incohérentes.

Le rire peut parfois ne se produire qu'à la fin de l'attaque convulsive. Mlle Raulin a assisté chez un sujet à plus de dix crises par jour qu'elle décrit ainsi : « Ses crises évoluaient isolément ou survenaient à la fin des accès convulsifs dont elles devenaient ainsi un épisode spasmodique et provoquaient une reprise intense de la respiration. Epanouies en un ricanement stertoreux, béat, elles se taisaient peu à peu ; les commissures s'immobilisaient. Réveil dans un sourire naturel ».

Nous n'avons observé le rire comme terminaison de la crise convulsive que chez le sujet suivant : Naz..., âgé de 40 ans, présente depuis l'âge de 37 ans des accidents comitiaux : crises à prédominance tonique avec chute et perte de connaissance. Pendant la crise la face se contracte et prend un aspect grimaçant ; on note quelques mouvements automatiques de la mâchoire ; la respiration est bruyante. La crise se termine par un rire tragique et saccadé dont sa femme a peur et qui dure une demi-minute à une minute environ.

L'accès de rire peut se présenter comme un équivalent de la crise convulsive. Trousseau (2) décrit ainsi la forme qu'il a observée : « J'ai été appelé à donner mon avis pour un jeune garçon épileptique. Dans le court espace qu'il resta dans mon cabinet, il fut pris de vertiges caractérisés par des éclats de rire saccadés ; l'accès dura à peine quelques secondes et le malade, reprenant immédiatement sa connaissance, parut très étonné quand je lui demandais pourquoi il avait ri ainsi, il n'avait aucune conscience de ce qu'il venait de faire ». Chez ce sujet, les crises convulsives débutaient parfois par ces mêmes éclats de rire, dont la nature épileptique ne faisait aucun doute.

(1) L. FRIGERIO. — Riso spasmodico automatico occasionale in un epilettico. *Arch. de Psych. di Lombroso*, t. I, 1899, p. 305.

(2) TROUSSEAU. — *Clin. méd.*, 3<sup>e</sup> édit., t. 2, 1868, p. 104.

Ce type d'équivalent peut apparaître isolément pendant un certain temps comme dans l'observation de Rogal (1). Il s'agit d'un enfant de 14 ans qui est atteint depuis l'âge de 11 ans et demi de crises de rire d'une durée assez longue allant jusqu'à une demi-heure. Pendant les accidents, changement net du comportement avec parfois accomplissement d'actes automatiques. L'amnésie consécutive est totale. Au cours de l'évolution de la maladie, ce malade présenta une crise d'épilepsie typique.

Chez un de nos malades âgé actuellement de 14 ans, les accès de rire constituèrent également les premières manifestations épileptiques. Ils apparurent à l'âge de 5 ans et jusqu'à l'âge de 12 ans ils se présentèrent sous la forme de crises de rire involontaire de très courte durée.

Cette forme particulière d'épilepsie peut également se présenter comme une impulsion consciente et mnésique (paramimie forcée). Nous n'avons pu relever dans la littérature médicale que le cas suivant de Wilder (2).

Son sujet, âgé de 44 ans, avait depuis l'enfance des accès de rire qui pendant des années ne s'accompagnaient ni de troubles de la conscience, ni d'amnésie. Ils survenaient parfois au cours du sommeil ou étaient consécutifs au rire normal. Ils augmentèrent de fréquence avec l'âge. Puis, d'autres symptômes coexistèrent avec l'accès de rire : scintillements, céphalée, odeur de brûlé, secousses musculaires et parfois modification de la conscience comme dans les états crépusculaires. Plus tard, toujours après le rire forcé, il présenta des accès avec perte de connaissance, chute et blessure, amnésie complète. Un traitement au luminal et au bromure diminua notablement les crises de rire. Ce sujet avait deux frères épileptiques dont l'un avait présenté dans son enfance des accès de fou-rire.

Parmi nos nombreuses observations d'épileptiques nous n'avons recueilli que le cas suivant avec crises de rire forcé.

Mlle Cass, est âgée de 40 ans. Aucune tare héréditaire. Convulsions à l'âge de 8 mois. Développement physique normal. Régulée à 12 ans. Certificat d'études à 13 ans. Absences à partir de l'âge de 6 ans. Première crise convulsive à 15 ans ; crises fréquentes dans la suite et crises d'automatisme. Depuis quelques années, accès de rire avant les règles ; éclats de rire incoercible ; « c'est le fou-rire », dit la

(1) O. ROGAL. — Lachanfälle als epileptisches Äquivalent. *Nervenartz*, 1937, p. 93.

(2) WILDER. — *Nervenartz*, 4, 75, 1931 (cité par Rogal).

mère. Les crises sont déclenchées sous l'influence des causes les plus insignifiantes ; elles durent trois à quatre minutes et se répètent souvent toutes les demi-heures ou toutes les heures. Elles ne s'accompagnent ni de morsure de la langue, ni d'urination involontaire. La conscience est conservée. Au début de sa maladie, cette malade avait des crises de rire avant de s'endormir. Il y a deux ou trois ans, crises de larmes d'une durée de deux à trois jours survenant au moment des règles. Aucun symptôme neurologique.

Les accès de rire peuvent aussi s'observer chez les épileptiques au cours des états confusionnels post-paroxystiques et surtout au cours de l'agitation maniaco-confusionnelle. Esquirol, Ball, Dagonet les ont signalés. Ces accès ont une pathogénie particulière ; ils sont l'expression d'un état affectif en rapport lui-même avec le syndrome mental.

Dans les autres formes pathologiques que nous avons exposées, il s'agit en réalité le plus souvent des apparences du rire, d'une caricature du rire, des manifestations extérieures du rire sans appoint émotif ou affectif. Les crises débutent sans motif et finissent brusquement, elles sont alors inconscientes et amnésiques. Elles peuvent se présenter sous la forme subintrante. Au point de vue physiologique, elles sont caractérisées par des convulsions cloniques se manifestant sous forme de mouvements spasmodiques. Le système facio-respiratoire entre en jeu et provoque l'action combinée des muscles du visage et de la respiration avec émission de sons laryngés. Ces accès constituent une forme clinique spéciale des accidents convulsifs. Quant à la forme impulsive consciente et mnésique, elle nous paraît en rapport avec un simple fléchissement momentané des fonctions cérébrales supérieures.

Cette interprétation s'accorde avec l'opinion de Cornil et Pacaud (1) qui admettent que le rire est sous-cortical au début dans son expression motrice chez le jeune enfant ; il devient cortical dans sa fixation praxique et associative ainsi que dans son déclenchement.

En résumé, les accès de rire chez les épileptiques revêtent les mêmes modalités cliniques que les accidents épileptiques communs.

(1) L. CORNIL et J. PACAUD. — Considérations sur le rire automatique, Le stade d'élaboration du rire chez le nourrisson et le rire associatif, *Paris Méd.*, 9 mars 1939, p. 233.

**Le rire comme cause déterminante des accidents épileptiques,**  
par MM. L. MARCHAND et J. de AJURIAGUERRA.

Chez certaines personnes le rire quand il est violent et prolongé provoque un état d'épuisement général, simple manifestation physiologique. A un degré plus élevé, l'inhibition du tonus musculaire s'accroît et l'état cataplexique est constitué (Jacobson) (1). Sous le nom de cataplexie on décrit en effet la suspension subite du tonus d'attitude en rapport avec une modification affective le plus souvent agréable. La conscience est conservée, la durée de l'accès est de quelques secondes à quelques minutes, le sujet est comme paralysé.

On peut rapprocher de ce syndrome le « lachschlag » ou « coup de rire » décrit par Oppenheim (2). C'est un état particulier survenant au cours d'un accès de rire violent plus ou moins justifié. Le malade présente une inhibition tonique posturale et perd conscience. Sa face est cyanosée. La crise est de courte durée ; l'amnésie consécutive est complète. Un autre auteur, Rovasio (3), sous le terme « d'ictus ridendi », à propos d'un sujet atteint de troubles posturaux et de perte de conscience à l'occasion du rire, fait rentrer le lachschlag dans la narcolepsie à cause de la tendance au sommeil présentée par son malade. Par contre Kalischer (4), Lhermitte et Nicolas (5), rattachent à l'épilepsie le « coup de rire » d'Oppenheim. Sous les noms de « orgasmolepsie » et de « gélolepsie », Rothfeld (6) rapporte le cas d'un malade qui était atteint de modification du tonus musculaire et de troubles de la conscience au cours du rire et de l'orgasme.

Nous avons d'abord exposé ces troubles particuliers en rapport avec les accès de rire parce que des phénomènes semblables s'observent chez des épileptiques. Quoique le fait soit plutôt rare, il arrive parfois que l'accès épileptique soit déclenché par un état affectif, par un choc émotif et c'est ainsi que le rire a été

(1) Edith JACOBSON. — Citée par E. Lewy, *Loc. cit.*

(2) OPPENHEIM. — Ueber Lachschlag. *Monats. f. Psych. u. Neur.*, Vol. XI, 1902, p. 241.

(3) ROVASIO. — *Rasseg. di studi psich.*, 1932.

(4) KALISCHER. — *Berl. Ges. Psych. u. Nerven-Kran.*, 1926.

(5) LHERMITTE et NICOLAS. — Narcolepsie, cataplexie et pycnolepsie. *Gaz. des Hôp.*, n° 31, 17 avril 1929.

(6) J. ROTHFELD. — Ueber orgasmolepsie und über sexuelle erregungen bei narkoleptischen zuständen, *Zts. f. d. Ges. Neur. u. Psych.*, 138, 1932.

signalé par plusieurs auteurs comme cause provocante des accidents.

Binswanger (1) admet que chez les individus prédisposés le rire peut provoquer la première crise comitiale et Foerster (2) le signale comme facteur accidentel des crises. Dans une observation de Kalischer le malade présente au cours des accès de rire tantôt de simples troubles de la conscience, tantôt des crises épileptiques. Le cas de Lewy (3) est encore plus intéressant. Il s'agit d'un comitial sans tares héréditaires, sans symptômes d'une affection organique du système nerveux, qui eut sa première crise à l'âge de 21 ans pendant une représentation théâtrale qui le faisait rire. Dans la suite, ses crises surviennent à la suite d'appoints émotionnels, mais parmi ceux-ci le rire est le facteur prévalent. L'accès débute par une sensation d'angoisse, de manque d'air, de secousses dans le menton ; la bouche est déviée à droite ; puis le sujet se raidit, se mord la langue, la conscience est obnubilée. Ce sujet qui se dit hypersensible ne peut supporter que l'on se mette à rire à côté de lui. Le son du rire provoque chez lui un sentiment de peur et déclenche l'automatisme des accès. Amélioration notable des crises sous l'influence du luminal.

Dans notre travail sur la cataplexie épileptique (4), nous n'avons trouvé parmi nos observations qu'une seule malade (obs. 3) chez laquelle les crises épileptiques étaient parfois provoquées par le rire.

Féré (5) a vu survenir des accès épileptiques au cours du chatouillement de la plante des pieds ; même observation de Gélinau (6), mais dans ces cas un élément réflexe plus qu'affectif entre en jeu.

Plusieurs auteurs ont tenté de grouper ces différentes sortes de crises psychogènes en les reliant par un processus commun qu'ils proposent de localiser dans les centres sous-corticaux (Rothfeld) (7). Lewy les classe ainsi : 1° la nareolepsie avec son état somnolent et perte du tonus affectif comme symptôme

(1) BINSWANGER. — Cité par E. Lewy. *Loc. cit.*

(2) FOERSTER. — Cité par E. Lewy. *Loc. cit.*

(3) E. LEWY. — Beitrag zur nosologie epileptischen anfälle. *Zeitsch. f. u. d. ges. Neurol. u. psychi.*, vol. 110, p. 235.

(4) L. MARCHAND et J. DE AJURIAGUERRA. — L'épilepsie cataplectique. Des accidents épileptiques avec perte du tonus. *Ann. Méd. Psych.*, 1940.

(5) FÉRÉ. — L'épilepsie et les épileptiques. Al., édit., p. 75.

(6) GÉLINEAU. — Traité des épilepsies, 1901, p. 282.

(7) J. ROTHFELD. — Accès cataplectiques sous-corticaux. *Rev. Neur.*, t. 70, 1938, p. 318.



secondaire ; 2° le « coup de rire » d'Oppenheim avec perte du tonus musculaire et inconscience complète après le rire ; 3° les accès épileptiques déclenchés par le rire violent ; 4° les cas comme celui qu'il rapporte dans lesquels on constate tantôt des crises épileptiques spontanées, tantôt des crises provoquées par le rire.

A notre avis, il est difficile de réunir dans un même groupe ces différents syndromes. Chaque cas doit être examiné à part. Comme nous l'avons soutenu à propos de la narcolepsie, de la cataplexie, de la pycnolepsie, la libération du mécanisme moteur peut être due à différentes causes parmi lesquelles la nature épileptique du syndrome doit être toujours recherchée. Comme conclusion de ces observations bien curieuses, il résulte que parfois un déclenchement émotif et psychogène peut avoir la même action que les excitations externes provoquant l'épilepsie réflexe.

M. J. DELAY. — J'ai présenté ici-même un malade atteint de crises cataplectiques et de narcolepsie provoquées par le rire, sans épilepsie. Ces complexes symptomatiques sont en faveur de l'origine sous-corticale des troubles.

M. GOURIOU. — Les crises de fou rire sont très variables dans leur mécanisme apparent. L'un termine son accès par un état de fureur. Il s'agissait d'un blessé du crâne avec esquilles cérébrales. Un autre présentait des troubles spasmodiques, mais n'était pas épileptique. Une malade, atteinte d'affection gonococcique, avait le fou rire à chaque injection de gonacrine. L'accès ne se produisait pas si on n'injectait que de l'eau.

Dans une réunion où nous avons expérimenté le haschich, nous avons observé jusqu'à 14 accès de rire incoercible consécutifs. Il me semble qu'il y avait chaque fois une légère perte de connaissance.

M. GUIRAUD. — J'ai observé une malade analogue à celui de M. Delay. Une audition radiophonique amusante provoquait le fou rire, puis apparaissait la crise cataplectique.

M. HARTENBERG. — Le rire ne serait-il pas chez l'épileptique une aura ? Il correspondrait alors à l'excitation d'un centre cortical. Puisque l'épilepsie est souvent observée à la suite des émotions, de la peur en particulier, le rire pourrait aussi bien devancer la crise, mais alors le paroxysme moteur est-il en cause ? ou n'est-ce pas plutôt l'émotion elle-même ? Binswanger

incriminait surtout le premier des deux facteurs. Dans les deux cas il s'agit d'un processus de congestion localisée, mécanisme qui s'oppose à l'hypothèse de la crise par ischémie.

M. MARCHAND. — Le rire dans les cas observés n'avait pas un caractère d'aura. C'est l'élément émotif qui nous a frappé. Certaines formes seraient dues à un mécanisme psychique. D'autres sont à relier aux accès cataplectiques et narcoleptiques chez des épileptiques. Car ces formes comitiales d'accès existent à côté des formes pures.

### Tic organique et Tic mental, par M. Jean DELAY.

L'histoire des tics sera-t-elle conforme à celle des autres mouvements involontaires (chorée, athétose, spasmes, bradycinésies, tremblements, épilepsies, tétanies, etc...) qui, peu à peu, ont passé du cadre des névroses dans celui des maladies organiques du système nerveux, traduisant une lésion limitée de l'encéphale ? Il serait prématuré de l'affirmer.

Dans la dernière étude qu'il a consacrée à ce problème, M. Henry Meige écrivait : « Il y a lieu de croire que le démembrement commencé dans le groupe des tics ne tardera pas à se poursuivre, que le plus grand nombre d'entre eux seront rattachés à des atteintes matérielles du système nerveux et figureront parmi les dyskinésies d'origine mésencéphalique », et il ajoutait : « L'auteur de cet article, en se montrant partisan de cette conception des tics, se mettra quelquefois en contradiction avec ses écrits antérieurs. Des faits nouveaux, que rien ne faisait prévoir, ont commandé ce revirement. Il n'a pas hésité à renier quelques-unes de ses anciennes croyances devant ce qui paraît être la vérité neurologique d'aujourd'hui ».

Cependant, d'autres auteurs, et en particulier l'école psychanalytique, continuent à défendre la psychogénèse des tics, voyant dans l'expression même du tic une motivation inconsciente, insistant sur le caractère *substitutif* que peut revêtir le tic (par exemple quand il succède chez l'enfant à l'onanisme et à l'énurésie) et sur les tendances névrotiques qu'il extériorise, et ils citent nombre d'observations, dont certaines fort remarquables, de guérison de tics consécutive à une psychothérapie, voire à une cure psychanalytique.

Faut-il distinguer deux groupes de tics, le *tic lésionnel* et le

*tic fonctionnel* ? C'est là un problème beaucoup trop vaste pour être traité dans les limites de cette courte communication. Nous voulons seulement insister sur un point, à savoir qu'un tic présentant tous les caractères attribués au tic mental peut, après un certain temps d'évolution, apparaître comme le signe avant-coureur, le signe révélateur d'une lésion organique du mésencéphale. Quels sont les caractères invoqués en faveur de l'origine mentale d'un tic ? Le début après un choc émotif, le caractère intentionnel du tic exprimant une motivation inconsciente, l'association à un état psychopathique, à un complexe psychonévropathique dont il n'est qu'un des éléments. Or, le début après une émotion peut n'être qu'une circonstance fortuite, le caractère dit « intentionnel » du tic est toujours contestable, ce caractère d'adaptation à un but, de « caricature du geste » (Charcot) dépend de l'appréciation de chacun (ce n'est que d'une façon imagée que l'on peut par exemple assimiler le tic latéral du cou à un tic de *négation* et le tic antéro-postérieur à un tic d'). Enfin l'association à un état psychopathique est fréquente dans les tics organiques, et il ne faut pas oublier que l'un est l'autre peuvent n'être que la traduction d'une atteinte mésencéphalique ; on sait en particulier combien la constatation de troubles de l'émotivité est fréquente dans les atteintes des noyaux gris centraux.



Le tic du cou dont nous rapportons l'histoire est une variété de torticollis spasmodique dit torticollis mental. Certains distinguent le torticollis spasmodique des tics par l'existence d'un élément tonique d'un élément postural. C'est restreindre arbitrairement la définition du torticollis spasmodique. Cruchet dans son « Traité des torticollis spasmodiques » décrit les tics du cou, comme une des sept variétés. Et si l'on se reporte au texte de Brissaud dans lequel il a décrit le torticollis mental, on n'y trouve pas l'implication de cet élément tonique. « Tantôt, écrit-il, la tête semble entraînée brusquement sur le côté par une seule secousse brusque ou par une série de secousses successives, puis revient à la position normale pour repartir l'instant d'après ; tantôt, au contraire, l'attitude de rotation se maintient pendant un certain temps, quelquefois pendant des heures. » C'est à la première variété de Brissaud, constituée par de brusques secousses successives, la tête revenant aussitôt à la position normale — c'est-à-dire en somme à une variété purement convulsive, clonique sans élément tonique — qu'appartient notre malade.

Un jeune soldat de 23 ans, André R., est envoyé en décembre 1932 au centre de neuropsychiatrie de X., avec ce diagnostic : « Tics du cou chez un névropathe. » Un mois auparavant il a été témoin d'un accident d'automobile, au cours duquel un de ses amis a été tué. Il a été très impressionné par cet accident. Depuis il est insomniaque, anxieux, sursautant au moindre bruit, et il a « des idées noires ». Quelques jours après sont apparues de petites secousses latérales de la tête, se faisant de droite à gauche, n'obéissant à aucun rythme, ayant un caractère convulsif et survenant par accès. Ces secousses disparaissent complètement à certains moments et reparaissent à d'autres. Le sommeil les fait disparaître, le repos les atténue, la moindre émotion les déclenche et en particulier la crainte de les voir reparaître. Il suffit qu'on lui fasse une observation à ce sujet pour que les secousses se déclenchent avec leurs caractères de brusquerie et d'incoercibilité. Ce tic entraîne des préoccupations obsédantes qui accroissent l'anxiété préexistante. R. a toujours été très émotif.

Par ailleurs il se plaint de certains troubles sensitifs, de paresthésies, sensations alternantes de froid et de chaud dans la région de la nuque, et lorsqu'il baisse la tête, il a plusieurs fois ressenti une sorte de décharge électrique, de « fourmillement électrique » dans les quatre membres.

Dans ses antécédents, on retrouvait, quatre ans auparavant, un tic du cou, analogue à celui qu'il présentait actuellement, qui avait duré environ trois semaines et qui était apparu lui aussi consécutivement à une grande frayeur. Trois ans après (un an avant la manifestation actuelle) il avait eu, après une contrariété, une chute brusque de la vision, une amblyopie transitoire, qui lui avait fait consulter un ophtalmologiste. Celui-ci n'avait rien trouvé à l'examen et aurait conclu qu'il s'agissait de troubles névropathiques. Quelques jours après, le malade avait récupéré une vision normale.

L'examen montrait, outre le tic du cou à caractère de torticolis spasmodique, une force musculaire segmentaire normale, mais des réflexes tendineux des membres inférieurs exagérés, polycinétiques sans clonus et sans signe de Babinski. Les réflexes cutanés abdominaux étaient abolis. La sensibilité objective était normale dans tous ses modes. Les différentes épreuves cérébelleuses (doigt sur le nez, talon sur le genou, diadococinésie) mettaient en évidence de légères perturbations du côté gauche. A l'examen des paires craniennes, secousses nystagmiformes dans le regard latéral, nette hyperexcitabilité labyrinthique à l'examen vestibulaire, réflexe vélo-palatin aboli. L'examen du liquide céphalo-rachidien montrait 0,35 d'albumine, 7 lymphocytes par millimètre cube à la cellule de Nageotte, Bordet-Wassermann négatif, benjoin colloïdal 00111, 22222, 00000.

Nous avons fait chez ce malade le diagnostic d'une *sclérose en plaques*, dont l'histoire peut être ainsi schématisée. Le pre-

mier épisode fut représenté par un tic du cou, rappelant les caractères du torticollis spasmodique ; le deuxième épisode par une amblyopie conditionnée sans doute par une névrite optique rétro-bulbaire ; le troisième par une symptomatologie plus complexe : réapparition du tic du cou quatre ans après sa guérison apparente, signes pyramidaux avec hyperréflexivité tendineuse, abolition des réflexes cutanés abdominaux, signes cérébelleux discrets, abolition du réflexe vélo-palatin, secousses nystagmiques et hyperexcitabilité labyrinthique, modification du liquide céphalo-rachidien avec dissociation entre un Bordet-Wassermann négatif et un benjoin colloïdal perturbé.

Le tic du cou, à caractère de torticollis spasmodique, a été signalé dans quelques observations de sclérose en plaques et interprété comme traduisant la présence d'une plaque dans la région opto-striée, dans la région mésocéphalique haute des voies extra-pyramidales.

En 1900, à une époque où le torticollis spasmodique était considéré comme d'origine fonctionnelle et même désigné sous le nom de torticollis mental, MM. Guillain et Cestan mentionnaient son existence chez plusieurs sujets atteints de sclérose en plaques, et concluaient à l'origine organique de ce trouble.

M. Barré dans son Rapport sur le torticollis spasmodique à la Réunion neurologique internationale de 1929 signalait un cas survenu au cours d'une sclérose en plaques à début vestibulaire. En 1933, MM. Guillain et Bize rapportaient un cas de sclérose en plaques avec torticollis spasmodique comportant des secousses cloniques et un fond de contracture atteignant électivement le muscle sterno-cléido-mastoïdien gauche. L'existence de certains syndromes, association de tremblement cérébelleux, parkinsonien et d'hémiballismus rappelaient la forme hypothalamopédonculaire de la sclérose en plaques décrite par Guillain. La thèse de Cardella (1934) est consacrée à ce sujet.

En 1937, nous avons eu l'occasion d'observer à la Salpêtrière une malade atteinte de sclérose en plaques chez qui le torticollis spasmodique s'associait à un syndrome cérébello-vestibulaire, à un tremblement de repos type parkinsonien s'ajoutant au tremblement intentionnel, à un hémiballismus, et à une abolition des réflexes mésencéphaliques : naso-palpébral, cochléo-palpébral, vélo-palatin, l'ensemble réalisant aussi une forme hypothalamopédonculaire.

Cette observation est intéressante par son évolution, montrant comment un tic du cou a pu être le premier signe d'une sclérose en plaques, dont le diagnostic étiologique n'a pu être fait qu'à l'occasion de poussées ultérieures à symptomatologie moins atypique. A côté de l'encéphalite épidémique, la sclérose en plaques apparaît responsable d'un certain nombre de tics organiques.

Ces tics peuvent se présenter avec tous les caractères du tic mental : début après une contrariété, état psychopathique, qu'avait noté Brissaud, « hyperémotivité, réactions affectives disproportionnées, préoccupations obsédantes, anxiété... », terrain antérieur au tic et que le tic exagère, la répétition incessante des crises déterminant un état obsessionnel très pénible, expliquant la docilité avec laquelle nombre de patients se prêtent aux interventions les plus hasardeuses.

Nous sommes persuadés qu'un grand nombre de tics reconnaissent des mécanismes purement psychogénétiques, mais il nous a paru intéressant d'attirer l'attention sur les cas où l'évolution seule apporte la preuve de l'origine organique d'un tic qui, d'abord considéré comme mental, se révèle traduire une atteinte mésocéphalique haute des voies extra-pyramidales.

M. MARCHAND. — La description de cas de torticollis spasmodiques brefs et intermittents me paraît prêter à confusion. C'est le tic qui présente de tels caractères et le torticollis spasmodique est un trouble constant, durable.

M. DELAY. — Les formes décrites par Brissaud s'adaptent en effet assez mal à la terminologie actuelle.

M. MARCHAND. — On observe parfois des tics chez des épileptiques après convulsions infantiles. Si on pratique la section du sterno-cléido-mastoïdien, le trouble persiste. Il faudrait alors admettre une origine centrale.

M. GOURIOU. — Peut-on traiter efficacement ces malades ? J'observe un cas de tic, d'abord amélioré, qui semble évoluer vers une sclérose cérébrale. Une latéropulsion gauche est apparue. Et pourtant le malade lutte contre son tic ; quand il parle, le phénomène cesse ; seul, il se rattrape. Je l'encourage pourtant à l'effort, car je crois qu'il y a là un facteur mental important.

M. HARTENBERG. — Evidemment, il faudrait faire la part de l'organique et du psychique. La conception du torticollis mental de Brissaud choque le raisonnement. D'ailleurs Babinski n'a-t-il

pas publié des cas de guérison de ces états par section musculaire ? Dans la pratique, le mécanisme est complexe. Supposons un sujet atteint de tic professionnel. C'est un employé qui a longtemps compté des colonnes de chiffres. Il finit par présenter un tic des mouvements d'ensemble de la tête. Or ce malade a été atteint plus tard de crampe des écrivains. Le tout a guéri par section musculaire.

M. X. ABÉLY. — Dans ma thèse sur les stéréotypies j'ai distingué les deux types organique et idéo-affectif. Certes il ne s'agit pas d'un phénomène convulsif, mais le raisonnement est identique. La tendance à l'automatisme est la même. Ce qui s'ajoute chez le tiqueur c'est l'aptitude convulsive.

M. GUIRAUD. — Il y a entre le tic et la stéréotypie une différence. La stéréotypie n'est constituée que lorsqu'elle a perdu son caractère idéo-affectif.

M. Aeh. DELMAS. — Dans une communication à la Société de Psychiatrie, j'avais classé le tic dans les phénomènes de dérivation. L'idée prédominante amène une surcharge motrice. Il faut à la base un état d'hyperémotivité. Aussi le tic est-il plus rare dans le calme tandis que les surecharges se succèdent à l'occasion d'une émotion. La sclérose en plaques est un fait et le tic psychique en est un autre qui peut coïncider avec le premier.

M. DELAY. — Au Congrès neurologique international de 1929 M. Barré a signalé des cas de tics avec crampe des écrivains analogues à celui de M. Hartenberg. C'est une association connue qui mène souvent au syndrome parkinsonien.

M. Delmas insiste sur l'hyperémotivité des tiqueurs. C'est une constatation qui n'implique pas de conséquences étiologiques. L'influence de l'émotion est banale ; elle s'exerce dans tous les mouvements involontaires ; elle agit dans la chorée comme dans l'épilepsie. Elle les modifie, mais on ne peut dire qu'elle en soit la cause.

La séance est levée à 18 heures.

*Le Secrétaire des séances :*

Paul CARRETTE.

---

# SOCIÉTÉS

---

## Société de Neurologie de Paris

---

*Séance du 9 janvier 1941*

---

Présidence : M. VELTER, président

---

*Allocution de M. TOURNAY, président sortant.*

*Allocution de M. VELTER, président pour 1941.*

**Aréflexie pupillaire et syndrome de Parinaud ; probabilité de lésion vasculaire de la région quadrigéminal, par MM. M. FAURE-BEAULIEU, J. CHRISTOPHE et Ph. ISORNI.**

Présentation d'un malade qui, après un ictus survenu il y a cinq mois, conserve une paralysie absolue des mouvements de verticalité du regard avec abolition de la motilité volontaire et réflexe et une abolition des réflexes pupillaires à la lumière.

Après l'ictus, on avait constaté également une paralysie d'un moteur oculaire commun, des signes pyramidaux discrets et de gros troubles de l'équilibre, tous signes ayant régressé.

Cette association d'un syndrome de Parinaud et d'une aréflexie pupillaire chez un malade n'ayant ni antécédents ni signes biologiques de syphilis, témoigne d'une atteinte de la calotte pédonculaire par une lésion vasculaire intéressante d'une part les centres iriens de la région sous-quadrigéminal, d'autre part la région juxta-quadrigéminal de la commissure blanche postérieure.

**Evolution d'un cas de sympathome embryonnaire, par M. G. ROUSSY, René HUGENIN, M. PERROT et SARACINO.**

Les auteurs rapportent la curieuse histoire d'un jeune homme de 22 ans,



qui présentait, il y a plus de trois ans et demi, un volumineux sympathome embryonnaire abdominal.

Enlevée un an plus tard, après avoir été irradiée, la tumeur se présentait sous un type plus « nature », avec des cellules ganglionnaires. Depuis, d'autres localisations tumorales sont apparues, dont la plupart ont été irradiées : certaines, après une rétrocession lente, ont disparu complètement, d'autres persistent encore.

En outre le malade a présenté, pendant une certaine période, un syndrome neurologique avec paraplégie et troubles sensitifs très diffus qui ne paraissent pas répondre à une localisation bien précise, et une exophtalmie avec œdème palpébral, manifestation fréquente dans les sympathomes.

Les auteurs, comparant ce cas clinique aux descriptions classiques qui font des sympathomes embryonnaires des tumeurs très malignes et richement métastatiques, d'une part, et, d'autre part, à certains cas où des sympathomes même diffus ont eu une évolution lente ou même régressive, discutent la place vraisemblable qu'il faut attribuer à ces tumeurs dans la nosographie. Ils sont tentés d'en faire des dysembryomes, qui peuvent être multiples et dont certains peuvent subir une évolution maligne. Ils envisagent la valeur des divers symptômes, dont certains peuvent en imposer à tort pour des signes de localisation, l'efficacité de la radiothérapie et soulignent surtout qu'il faut cesser de classer tous les sympathomes embryonnaires parmi les cancers d'une grande malignité.

#### Méningite syphilitique aiguë, par MM. G. GUILLAIN et PITON.

MM. G. Guillaïn et Piton rapportent l'observation d'une méningite syphilitique aiguë survenue 15 jours avant la roséole, chez un homme de 21 ans. Cette méningite s'est présentée sous l'aspect d'une méningite tuberculeuse avec céphalée, contractures, signes de Kernig, vomissements, asthénie, somnolence. Le diagnostic a été fait par l'examen du liquide céphalo-rachidien : 1 gr. 30 d'albumine, réaction de Pandy positive, 105 cellules par millimètre cube, réaction de Wassermann positive, réaction du benjoin colloïdal très positive, analogue à celle que l'on observe dans la paralysie générale ; les réactions de Wassermann et de Kahn étaient positives dans le sang.

Sous l'influence d'un traitement arsenical, mercuriel et bismuthé, la méningite aiguë guérit cliniquement en quelques semaines, mais les caractères du liquide céphalo-rachidien ne furent que légèrement modifiés. Le pronostic d'avenir de telles méningites syphilitiques aiguës, affection très rare, mérite d'être réservé ; la malariathérapie peut être envisagée en pareils cas.

---

*Séance du 6 février 1941*

---

Présidence : M. VELTER, président

---

**Pie-mérite syphilitique aiguë, par MM. MONIER-VINARD et BRUNEL.**

MM. Monier, Vinard et Brunel rapportent l'observation d'un homme de 30 ans, amené à l'hôpital dans le coma ; la température était à 40°, l'examen montrait un syndrome méningé typique ; le liquide céphalo-rachidien était un peu jaune, avec 55 cellules et 2 gr. d'alumine ; les cultures furent négatives, mais le Wassermann fortement positif.

A l'autopsie, la pie-mère était normale sur la convexité des hémisphères, épaissie et congestionnée sur la partie antérieure du cerveau, la face supérieure du cervelet et le plancher du 4<sup>e</sup> ventricule ; le système ventriculaire présentait une grosse dilatation. Histologiquement, on notait l'inflammation de la pie-mère, gonflant les espaces interlamellaires, avec de l'œdème et des manchons périvasculaires formés de lymphocytes et de plasmocytes infiltrant l'adventice ; les vaisseaux présentaient des lésions d'endo- et de méso-vascularite ; en certains points, il y avait des gommès microscopiques ; des tréponèmes assez nombreux étaient décelables dans les parties nécrobiosées de la méninge.

Malgré l'absence d'anamnèse, les auteurs estiment qu'il s'agit d'une méningite aiguë : les lésions vasculaires et méningées sont nettement aiguës et les gommès ne sont pas l'élément caractéristique d'une inflammation chronique, surtout lorsqu'elles sont microscopiques et lorsque, comme dans ce cas, il n'y a aucune réaction scléreuse même au début.

**Atrophie musculaire radriculaire consécutive à une explosion,  
par M. HEUYER.**

M. Heuyer présente un sujet qui a été atteint, immédiatement après l'éclatement d'une bombe à proximité, d'une paralysie du groupe Duchenne-Erb droit, avec atteinte très discrète des muscles thénariens et hypothénariens ; les réflexes du poignet sont abolis, le tricipital inversé ; il existe une hypoesthésie légère à tous les modes sur la face externe de l'épaule ; la réaction de dégénérescence est totale au niveau du deltoïde, du biceps, partielle à celui du long supinateur ; on note quelques troubles électriques dans le domaine du sciatique poplité externe. L'état s'est amélioré pendant les premiers mois, puis est resté stationnaire. Malgré l'absence de dissociation syringomyélique, il s'agit sans doute d'une hématomyélie en C5, C6 et partiellement C7.

**Arrêt de croissance du pied après application d'un laes pour extension continue, par M. ANDRÉ-THOMAS.**

M. André-Thomas rapporte l'observation d'un enfant de 11 ans dont le pied gauche a 3 cm. de moins en longueur que le pied droit ; le gros orteil présente une rétraction permanente, les ongles sont atrophiés ; les muscles postérieurs de la jambe sont un peu moins développés que ceux du côté opposé. On note l'absence de sécrétion sudorale et de l'hyperthermie sur le pied. La courbe oscillométrique est égale des deux côtés quand les pieds sont à la même température. Le réflexe pilo-moteur, la sensibilité, les réflexes tendineux sont normaux ; il n'y a pas de troubles de réactions électriques.

A 5 ans, cet enfant a eu une fracture du fémur gauche qui a été réduite par extension continue ; un laes avait été placé sur l'extrémité inférieure de la jambe ; l'enfant s'était plaint de douleurs et de sensation de froid au pied mais le laes ne fut enlevé que le troisième jour ; on constata alors de l'œdème et de nombreuses ulcérations du pied. Depuis, la croissance s'est arrêtée pour tous les tissus du pied ; les points d'ossification des phalanges sont soudés de ce côté et non de l'autre ; de grosses rétractions tissulaires ont peut-être contribué à entraver le développement ; la perte de la sueur s'explique sans doute par l'atteinte directe des glandes sudoripares et des synapses, les voies sympathiques semblant indemnes, comme le montre l'absence de modifications du réflexe pilomoteur.

**Fracture du rocher, troubles vestibulaires et réaction méningée, par M. ANDRÉ-THOMAS, M. et M<sup>me</sup> SORREL.**

Les auteurs rapportent l'observation d'un enfant ayant subi un traumatisme peu important du crâne. Couché, il paraissait normal, mais debout, il tombait vers la droite. L'examen montra un nystagmus discret et quelques troubles de l'audition ; une ecchymose tardive confirma le diagnostic de fracture mastoïdienne. Le quatrième jour, l'enfant présenta un syndrome méningé avec température à 40° qui céda, action ou coïncidence, après administration de dagénau. L'enfant n'avait de nystagmus que lorsqu'on inclinait la tête à gauche ; il avait tendance à dévier les bras vers la droite ; l'épreuve de l'index a été moins longtemps positive que celle des bras tendus ; plus tard, le nystagmus s'inversa, comme si un syndrome d'irritation avait succédé à un syndrome de déficit ; actuellement, les troubles de l'audition ont régressé en totalité, les troubles vestibulaires en partie ; lorsqu'on lui bande les yeux, la tête se tourne encore vers la gauche en s'inclinant un peu à droite ; ce phénomène n'est pas apparu immédiatement, comme cela se produit expérimentalement chez le pigeon.

**Myoclonies rythmées du voile, du pharynx et du membre supérieur gauche au cours d'un syndrome latéral du bulbe, par MM. LHERMITTE et SIGWALD.**

MM. Lhermitte et Sigwald rapportent l'observation d'une femme présentant un syndrome de Wallenberg et des myoclonies du voile, du larynx et du pharynx, de l'avant-bras et de la main du même côté ; ces myoclonies demandent pour se réaliser un certain état de tension musculaire ; elles sont nettement synchrones, à 180 par minute. Elles ne sont apparues que

4 ans après l'installation du syndrome bulbaire, témoignant ainsi de la réalité de la dégénération hypertrophique de l'olive contro-latérale consécutive à la dégénérescence des fibres olivo-cérébelleuses, lésion qui semble bien être la base anatomique du syndrome de Spencer.

**Sur mes propres visions du demi-sommeil, par M. Auguste Tournay.**

M. Aug. Tournay n'a en ces visions, spectacle auquel on assiste et non scénario dans lequel on intervient, que dans le demi-sommeil nocturne, jamais dans le demi-sommeil diurne ; il insiste sur la nécessité d'une attention un peu relâchée. Ces visions ont été variées : fragment de roue tournant, roseaux s'inclinant au vent, branchages, têtes d'animaux se gonflant ou non, figurations architecturales, chaînes de sphères, personnages marchant en rang, etc.,

Les visions du demi-sommeil sont distinctes des phénomènes entoptiques, du rêve, aventure à laquelle on participe, des hallucinations dans lesquelles on se prépare à intervenir ; mais il y a une série de transitions entre ces phénomènes.

On sait qu'à l'entrée dans le sommeil, on note des modifications de l'électro-encéphalogramme ; il y a certainement une base neuro-physiologique pour tous ces phénomènes.

---

*Séance du 6 mars 1941*

---

**Présidence : M. VELTER, président**

---

**Tumeurs de la région de la glande pinéale ; fréquence et polymorphisme clinique ; traitement combiné : incision de la lame sus-optique et radiothérapie, par M. R. THUREL.**

M. R. Thurel a observé en 6 mois, avec M. Th. de Martel, 8 cas de tumeur de la région de la glande pinéale ; la symptomatologie était le plus souvent réduite à un syndrome d'hypertension intra-crânienne et le diagnostic a été fait par la ventriculographie. 6 malades ont été soumis à un traitement combiné chirurgical (rupture de la lame sus-optique) et radiothérapique ; la rupture de la lame met fin à l'hypertension intra-crânienne immédiatement et, semble-t-il, définitivement ; dans un cas, la persistance du drainage a été vérifiée après 6 mois.

Les tumeurs de la région pinéale ne sont pas toutes radio-sensibles, mais des succès ont été rapportés, peu nombreux et incomplets, car, dans la plupart des cas, il ne s'agit que de rémissions ; les résultats seront sans doute meilleurs, lorsque la radiothérapie sera faite très tôt et de façon prolongée.

**Les indications thérapeutiques de la rupture de la lame sus-optique,**  
par M. R. THUREL.

M. R. Thurel estime qu'il s'agit d'une opération simple indiquée lorsqu'un obstacle s'oppose à l'écoulement du liquide ventriculaire ou à son drainage vers les aires de résorption de la convexité et lorsque cet obstacle échappe à toute action directe. C'est le cas du blocage de l'aqueduc de Sylvius par tumeur de la pinéale ou lésion inflammatoire et du blocage du lac hasilaire par une lépto-méningite adhésive. La rupture de la lame a été employée jusqu'ici surtout dans les tumeurs pinéales ; elle trouvera sa principale indication dans les arachnoïdites postérieures qui n'ont d'autre conséquence que la gêne qu'elles apportent à la circulation du liquide céphalo-rachidien.

**Hypnagogisme, hallucinose et hallucinations,** par MM. LHERMITTE  
et SIGWALD.

MM. Lhermitte et Sigwald, après avoir rappelé les caractères des visions du demi-sommeil, montrent avec observation à l'appui, que les images hypnagogiques ne sont pas toujours consécutives à des phénomènes optiques, qu'elles peuvent être conditionnées par des souvenirs, mais que, d'autre part, des modifications rétinienne peuvent être la source d'images du même type que celles du demi-sommeil. Les auteurs montrent, en outre, qu'il n'existe aucune limite absolue entre ces images et celles de l'hallucinose et même de l'hallucination vraie.

Etant donné que les altérations du mésocéphale, où se trouve le point sensible du dispositif régulateur du sommeil, s'accompagnent souvent de la production d'images du type hypnagogique et que, d'autre part, les visions du demi-sommeil n'éclosent qu'à la faveur de l'endormissement, c'est-à-dire d'un état où s'ébauche déjà la dissociation psychique, on peut admettre que l'hypnagogisme est lié, non pas à l'excitation hypothétique de l'appareil visuel, mais bien à l'émancipation spontanée et automatique d'images d'autant plus vives qu'elles ne sont pas réduites par des perceptions actuelles et qui ne sont que le témoignage du relâchement de la cohérence des fonctions de l'esprit.

**Un syndrome de l'hémorragie de la calotte des pédoncules cérébraux,**  
par M. LHERMITTE et M<sup>me</sup> BUSSIÈRE de ROBERT.

Les auteurs exposent que ce syndrome comprend : 1° une paralysie complète du regard en haut et en bas et de la convergence ; 2° une iridoplagie absolue avec anisocorie ; 3° le phénomène d'Hertwig-Magendie ou position oblique du globe oculaire correspondant au côté de la lésion pédonculaire ; 4° un tremblement rythmé du membre supérieur controlatéral ; 5° des hallucinations visuelles et auditives avec onirisme nocturne ; 6° le syndrome de Claude Bernard-Horner.

Ce syndrome appartient en propre aux lésions qui frappent la partie haute des pédoncules et atteignent tout ensemble le dispositif régulateur des mouvements de verticalité, la voie d'innervation de l'iris, l'appareil régulateur du sommeil ; dans ces faits, les voies motrice et sensitive sont ménagées et les troubles moteurs et sensitifs liés à leur compression rétroèdent très vite, tandis que les autres signes persistent indéfiniment.

**Sur une variété d'encéphalose avec atrophie cérébrale objectivée « in vivo » par l'encéphalographie et vérifiée par biopsie, par MM. CHAVANY, BERDET et DAUM.**

Les auteurs présentent une observation rentrant dans le cadre des encéphaloses et s'apparentant aux états démentiels préséniles.

Un homme de 43 ans a, depuis l'âge de 36 ans, des troubles de la marche, des vertiges, un état de fatigabilité, un changement de comportement, des troubles transitoires d'apraxie idéatoire et de l'incontinence sphinctérienne. L'examen montre très peu de signes neurologiques et ni apraxie ni aphasic ; il n'y a pas d'état démentiel vrai, mais des troubles importants de la mémoire.

L'encéphalographie par voie lombaire décèle l'atrophie des hémisphères que l'intervention confirme ; une biopsie montre des lésions d'atrophie corticale distincte de celle des maladies de Pick et d'Alzheimer.

Ce procédé d'exploration avec biopsie de l'écorce peut rendre des services importants pour l'étude anatomique précoce de certaines maladies mentales ; il est actuellement sans danger.

**Syndrome de Gelineau ; association dissociée du sulfate de phényl-amino-propane et de l'éphédrine, par MM. CLAUDE, de SÈZE et TARDIEU.**

Les auteurs insistent, dans un cas de syndrome de Gelineau, sur l'influence déclenchante élective des émotions agréables sur les accès de cataplexie et signalent le caractère localisé des crises atteignant soit un membre, soit la tête, soit le langage.

Le sulfate de phényl-amino-propane n'eut d'action que sur la narcolepsie ; l'éphédrine n'en eut que sur la cataplexie ; la prise simultanée des deux médicaments fit disparaître complètement les deux éléments du syndrome.

**Atteinte unilatérale et homolatérale du trijumeau au cours de tumeurs cérébrales développées à distance du trajet nerveux, par MM. M. DAVID et G. SOURDILLE.**

MM. David et G. Sourdille ont observé plusieurs cas de tumeur à symptomatologie fronto-temporale où l'apparition souvent précoce de signes objectifs d'atteinte unilatérale du V avait conduit à affirmer cliniquement le diagnostic de tumeur développée au voisinage du plancher de la fosse temporale ; l'intervention y montra l'absence de néoformation basilaire et l'existence d'une tumeur (ménangiomes para-sagittaux ou de la faux) n'ayant aucun rapport même éloigné avec le nerf.

Les signes d'atteinte évidente du trijumeau ne permettent pas d'affirmer que la tumeur comprime le nerf ; ce n'est qu'un signe de présomption dont la valeur n'est absolue que lorsque l'atteinte du nerf est un des tout premiers, sinon le premier signe.

Des exemples analogues peuvent être rapportés à propos du I, du II, du III, du VI et du VIII. Dans ces cas, la compression s'exerce d'une façon indirecte soit par l'intermédiaire du cerveau œdématisé, soit par celui du 3<sup>e</sup> ventricule asymétriquement dilaté. Ces faits soulignent les difficultés de la localisation des tumeurs et l'importance de la ventriculographie.

---

## Société de Médecine Mentale de Belgique et Société Belge de Neurologie

Séance du 29 mars 1941

Présidence : M. L. van BOGAERT, président

### L'amyotrophie type Charcot-Marie-Tooth, par M. R. VERSPREUWEN.

Présentation d'un homme de 46 ans et de sa fillette âgée de 11 ans, atteints tous deux d'une amyotrophie du type Charcot-Marie. L'affection a débuté tardivement chez le père, précocement chez la fille. L'auteur communique les résultats des examens cliniques et électrologiques de ces deux malades.

### Gliome ou métastases cérébrales ?, par M. J. DE BUSSCHER.

Relation de deux observations anatomo-cliniques qui montrent que chez des cancéreux avérés l'apparition d'un syndrome d'hypertension intracranienne peut être le résultat du développement de tumeurs non carcinomateuses et par conséquent extirpables. Il s'agissait dans les deux cas de gliomes polymorphes.

### Etudes sur la sclérose en plaques, par M. P. VAN GEHUCHTEN.

L'auteur a inoculé à deux singes des fragments de moelle d'un malade mort de sclérose en plaques typique. Les résultats de ces expériences ne fournissent aucun argument en faveur de la nature inflammatoire de l'affection.

Dans la sclérose en plaques le phénomène initial semble être une dégénérescence de la myéline. Les lésions jeunes débutent toujours dans les environs d'un vaisseau et les parois vasculaires sont altérées, mais il n'existe pas de nodules inflammatoires. Une même cause semble déterminer l'altération des vaisseaux et du système nerveux, et l'aspect général se rapproche de ce qu'on voit dans la neuro-anémie et les avitaminoses. L'intervention d'un facteur troublant le métabolisme de la myéline paraît probable. Sans exclure l'étiologie infectieuse d'une manière formelle, l'auteur croit à l'intervention d'un phénomène de carence encore impossible à préciser.

### Un cas d'encéphalo-myélite dissiminée, par M. R. VERSPREUWEN.

Il s'agit d'un homme de 24 ans ayant présenté une quadriplégie à évolution rapide avec troubles sensitifs et début fébrile. Le décès est survenu

après un mois par complication pulmonaire. La moelle présentait un aspect nécrotique avec infiltration diffuse à prédominance microgliale. Il existait un foyer nécrotique dans la partie occipitale du centre ovale. Les bords peu nets des foyers, leur topographie et leurs caractères histologiques plaident pour une encéphalo-myéélite disséminée plutôt que pour une sclérose en plaques aiguë. Le cas ne permet pas de prendre position dans la question de savoir s'il existe une différence essentielle entre ces deux affections.

#### Etude de l'agoraphobie, par M. T. HÉNUSSE.

Dans cette seconde partie de son exposé, l'auteur envisage l'explication analytique des symptômes qu'il a décrits précédemment. Il montre que l'agoraphobie vraie représente un grave conflit de tendance, qui vise à l'émancipation sexuelle ou qui résulte d'un régime sexuel pénible pour le malade. La phobie des lieux publics représente la crainte de l'occasion prochaine, de la liberté, dont le malade pourrait faire un usage funeste. Il existe une association inconsciente entre la notion de « dehors » et celle d'affranchissement sexuel. La crainte de la syncope, fléchissement passager du contrôle, serait l'expression analogique de l'orgasme. De là le fait que le conjoint représente presque toujours le meilleur compagnon de sortie. De même le pouvoir immunisant de la mère à ce point de vue représenterait un retour à un érotisme infantin.

La contradiction entre certains symptômes s'explique par le fait que la névrose exprime un conflit dans lequel c'est tantôt la tendance libidinale, tantôt la tendance anti-libidinale, qui prédomine.

Le traitement demande beaucoup de prudence. Il faut chercher à mettre le conflit en lumière, en ménageant l'effet de surprise. Dans la rééducation il faut proposer d'emblée l'exercice le plus difficile en pratiquant au besoin la suggestion à l'état de veille pour décider le malade.

J. LEY.

---

*Séance commune du 26 avril 1941*

---

Présidence : M. LEROY, président

---

#### Forme atypique d'hémiplégie, par M. L. DESCAMPS

Présentation d'un malade atteint d'un syndrome complexe dont la pathogénie n'a pu être précisée. Il s'agit d'un homme de 36 ans, ouvrier mineur, ayant présenté une hémiplégie gauche progressive spastique d'emblée, sans participation de la face, et précédée de phénomènes douloureux. Les mem-



bres parésiés sont le siège d'atrophies musculaires et de tremblements à forme clonique déclenchés par les mouvements volontaires. Il existe une hémiatrophie linguale gauche ; les autres nerfs crâniens sont intacts. Au point de vue sensitif, on note une hypoesthésie générale du côté gauche, et une anesthésie pour les sensibilités superficielles dans les domaines C<sub>5</sub>, C<sub>6</sub>, C<sub>7</sub> et D<sub>1</sub>.

Le liquide céphalo-rachidien est normal. Les radiographies montrent des soudures entre les corps vertébraux et les apophyses épineuses des premières cervicales et des malformations osseuses du côté de la base du crâne.

Au point de vue héréditaire, il existe des tares du côté paternel : tuberculose et alcoolisme. Le malade lui-même a fait une atteinte de tuberculose pulmonaire.

#### **Document à verser au débat sur l'hystérie, par M. J. DAGNELIE.**

Relation du cas d'un malade atteint en réalité d'une arachnoïdite de la base et qui fut guéri après trépanation décompressive. La symptomatologie très complexe et variable a été caractérisée par un mélange de symptômes dont l'organicité était certaine, et de phénomènes d'allure nettement hystérique qui ont rendu le diagnostic très difficile. L'auteur discute, à la lumière de ce cas, la pathologie des manifestations dites hystériques.

#### **Cysticercose cérébro-méningée chez un syphilitique, par M. J. MAGE.**

Etude anatomo-clinique du cas d'un homme de 47 ans, qui a été suivi pendant 17 ans, et qui présentait un état démentiel avec crises convulsives. Celles-ci ont présenté une période de rémission de 10 ans qui est difficilement explicable et qui a contribué à établir le diagnostic erroné de syphilis cérébro-méningée.

L'examen anatomique a révélé la présence de nombreux cysticercs, tous localisés à la limite entre la substance blanche et le cortex. L'intérêt du cas réside dans la présence de plages d'œdème de la substance blanche situées autour des lésions, mais n'intéressant jamais le cortex. L'auteur discute la pathogénie de ces œdèmes localisés qu'il n'a retrouvé décrits dans aucun cas de la littérature.

#### **L'acide nicotinique et la thiamine dans certaines avitaminoses d'intérêt neuro-psychiatrique, par M. L. VAN BOGAERT.**

L'auteur relate l'histoire clinique et thérapeutique de trois cas de syndrome pellagreux caractérisés par des lésions cutanées — érythème et kératose — une glossite souvent ulcéreuse avec sensations de brûlure, une polynévrite et des troubles psychiques.

Le début est souvent marqué par de petits signes : anorexie, fatigue, céphalées, irritabilité, tachycardie, troubles de la mémoire, de l'attention. L'acide nicotinique, administré à la dose de 50 mgr. à 1 gr. par 24 heures, en 10 prises, améliore rapidement les symptômes, mais la polynévrite n'est pas influencée. La coramine peut également être employée, mais est moins active. L'auteur discute la pathogénie des divers symptômes à la lumière de nos connaissances actuelles sur les phénomènes de carence.

**Contribution à la physiologie du corps strié, par M. M. GEREBTZOFF.**

Chez des lapins, l'auteur analyse la réponse masticatrice consécutive à une excitation du centre moteur cortical correspondant, et les modifications de cette réponse pendant et après stimulation faradique des noyaux gris centraux.

Il observe, pendant la stimulation du noyau caudé ou du putamen, une inhibition de l'activité corticale démontrée par une élévation transitoire du seuil d'excitabilité électrique du centre masticateur.

La réaction épileptique, que l'on peut obtenir par des excitations électriques intenses du cortex, est également inhibée par une stimulation cono-mitante du noyau caudé. Cette action est uniquement homolatérale.

Quant au pallidum, sa stimulation se traduit simplement par une composante tonique, pouvant durer plus d'une minute et greffée sur le mouvement d'ouverture des mâchoires déterminé par l'excitation corticale.

L'auteur n'a pu mettre en évidence, par cette méthode d'exploration électro-physiologique, aucune localisation dans le striatum : son influence inhibitrice reste la même, quel que soit le point excité.

Le niveau auquel agit cette inhibition doit être situé, d'après l'auteur, au cortex même : l'activité électrique spontanée du cortex est, en effet, nettement affaiblie par la stimulation du striatum. Ces importantes recherches sont d'un grand intérêt au point de vue de la physiologie générale du système nerveux central : elles apportent en effet un exemple d'*inhibition* véritable de l'activité corticale par *excitation* d'un autre noyau.

**Etat fonctionnel de l'écorce cérébrale au cours de l'hypnose animale, par M. M. GEREBTZOFF.**

Chez des lapins, l'auteur provoque l'hypnose soit par fascination en approchant peu à peu des yeux de l'animal un objet brillant, soit par un brusque mouvement de renversement sur le dos. L'état d'hypnose ainsi obtenu se caractérise notamment par une immobilité cataleptique qui peut durer plusieurs minutes.

Pendant cet état, apparaît une dépression fonctionnelle du cortex mise en évidence par une élévation du seuil d'excitabilité électrique d'une part, et par une réduction considérable de l'activité électrique spontanée du cortex d'autre part. Les ondes de repos diminuent de fréquence et d'amplitude, parfois jusqu'à s'effacer à peu près complètement. Au cours de cet état d'hypnose, l'auteur n'a observé nulle part de zones d'hyperactivité corticale.

J. LEY.

---

# ANALYSES

---

## LIVRES, THÈSES, BROCHURES

---

### HISTOIRE DE LA MEDECINE

**L'anatomie et la physiologie du système nerveux d'après Descartes**, par Achille SOUQUES, membre de l'Académie de Médecine (in *Mélanges*, volume offert à M. Pierre JANET, membre de l'Institut, Professeur honoraire au Collège de France, par sa famille, ses amis et ses disciples, p. 253. Editions d'Artrey, Paris 1939).

Seul, sans maîtres, ayant cependant lu Vésale et Galien, Descartes, dès son arrivée en Hollande, entreprit d'étudier la médecine et surtout l'anatomie, faisant lui-même de nombreuses dissections d'animaux. L'anatomo-physiologie du système nerveux était alors rudimentaire. C'est à peine si Descartes nomme inévidemment la moelle épinière, selon lui lieu de passage pour les nerfs spinaux. Son anatomie du système nerveux se réduit au cerveau et aux nerfs, tous à la fois sensitifs et moteurs. C'est surtout à la « superficie intérieure » du cerveau, remarquable par la présence de la « glande pinéale » et d'un certain « réservoir » qu'il apporte toute son attention, ainsi qu'à la distribution des vaisseaux artériels du cerveau.

Sa physiologie est entièrement subordonnée au cours des « esprits animaux » et aux mouvements de la « glande pinéale », ces mouvements étant déterminés par le passage des esprits animaux, par l'action des objets qui touchent les sens et par « la force de l'âme ». La glande pinéale, seul organe cérébral qui pour lui fût unique (il ignorait l'hypophyse), est le centre de toutes les impressions visuelles, auditives, olfactives, gustatives et tactiles, le centre aussi des « sens intérieurs » (appétits naturels, passions, sens commun). Descartes y a placé le siège de l'âme raisonnable qui, par l'entremise de la glande, exerce la volonté dont dépendent la mémoire, l'imagination et l'attention qui sont des volontés de l'âme.

M. Souques fait remarquer que Descartes a donné une excellente description de la douleur rapportée à la périphérie et cité un exemple démonstratif d'hallucinations du moignon. Il a admirablement décrit aussi certains mouvements involontaires, qu'ils soient associés, réflexes ou automatiques, le

mouvement volontaire étant dû à l'âme qui, agitant la glande, pousse les esprits vers tel ou tel endroit de la superficie intérieure du cerveau où s'ouvrent les petits tuyaux ou pores de tel ou tel nerf. Encore faut-il que les « organes corporels » qui sont requis à ce mouvement soient « bien disposés ». Tout au contraire, lorsque le corps a tous ses organes bien disposés à quelque mouvement, il n'a pas besoin de l'âme pour le produire.

De cette conception cartésienne de l'anatomo-physiologie du système nerveux, conception ressemblant beaucoup à celle de Galien, M. Souques rappelle les erreurs dont certaines, fort anciennes, remontent à Aléméon, à Erasistrate. Si, aux anciennes erreurs, Descartes en ajouta de nouvelles, édifiant un système où les erreurs s'enchaînent avec une logique et une rigueur impitoyables, il faut juger sa doctrine avec les idées de son temps. Depuis trois siècles, l'anatomo-physiologie du système nerveux a fait d'immenses progrès. Pourtant, nous ignorons encore ce qui se passe dans l'intimité des fibres sensitives, des cellules nerveuses et des fibres motrices. Là où Descartes parlait de pression et de mouvement, nous parlons d'influx nerveux, de modifications physico-chimiques, d'énergie électrique, d'association d'idées, de réflexes conditionnés, mais nous ne savons pas ce qui se passe dans l'intérieur du système nerveux. Et Descartes a découvert les conditions physiologiques de l'émotion, c'est-à-dire le mécanisme vago-sympathique des troubles vaso-moteurs et des troubles cardiaques, démontré la formation des images rétinienne, mentionné les hallucinations du moignon, et tracé une description remarquable des mouvements involontaires du corps.

René CHARPENTIER.

## NEURO-PSYCHIATRIE

**La paralysie générale chez les indigènes musulmans de Tunisie**, par Jean OLRY. 1 brochure in-8°, 95 pages, Marseille, Imprimerie Leconte, *Thèse* Marseille, 1940.

M. Olry rapporte 28 observations de paralysie générale chez des musulmans, provenant de l'Hôpital de la Manouba. Ce travail, bien étudié et où les opinions affirmatives qui ont régné sur la question sont finement critiquées, apporte des faits précis, sans que l'auteur prétende parvenir à des conclusions générales sur la paralysie générale musulmane.

Les conditions d'observation expliquent bien des lacunes dans nos connaissances sur cette syphilis nerveuse. C'est ainsi, par exemple, que les médecins européens ne voient pratiquement que très peu de femmes aliénées, que les malades des campagnes ne sont presque jamais conduits à l'asile. Il faut noter la fréquence des abus éthyliques dans les antécédents. Les formes démentielles sont relativement fréquentes (1/3 des cas). Le manque d'évolution de ces indigènes, avec cristallisation dans un état psychique infantile, l'usure précoce de l'organisme, les mauvaises conditions d'observation, expliqueraient cette fréquence. Les formes délirantes ne sont pas rares ; les idées de puissance physique y sont plus fréquentes que les idées de richesse : la mégalomanie s'applique aux possibilités de valorisation sociale permises par le milieu. Les réactions humérales ne présentent pas de particularités et les données du traitement restent imprécises.

Joseph ALLIEZ.

**Remarques sur la prostitution en général et sur la prostitution des mineurs en particulier**, par G. BENEVENT. 1 brochure in-8°, 56 pages. Imp. du Petit Marseillais. *Thèse* Marseille, 1939-40.

Les causes psychologiques sont les plus importantes parmi celles qui sont à l'origine de la prostitution. C'est pourquoi la lutte la plus efficace est celle qui essaie de parer aux conséquences de la « dégénérescence ». En ce qui concerne les filles mineures, l'auteur expose et commente les dispositions législatives récentes sur leur protection, qui constituent un progrès appréciable (décret-loi du 30 octobre 1935). Mais, au sujet du reclassement, il faut se garder de beaucoup d'illusions : les tendances psychologiques antérieures au délit le rendent souvent difficile.

Joseph ALLIEZ.

**L'hypertension intracranienne syphilitique**, par P. MOUREN. 1 brochure in-8°, 76 pages. Imp. du Petit Marseillais. *Thèse* Marseille, 1940.

L'hypertension intracranienne syphilitique, que l'on croyait autrefois fréquente, a reculé devant les connaissances de plus en plus approfondies que donnait l'étude des tumeurs cérébrales. Si les gommès sont indiscutablement rares, il semble cependant que certaines arachnoïdites puissent ressortir à la syphilis. Il ne s'agit cependant là que d'une supposition.

L'auteur a dû chercher les observations probantes et détaillées en particulier sept observations dont trois inédites. L'hypertension intracranienne syphilitique doit être « un diagnostic d'exception, non un diagnostic de facilité », et il faudra, d'abord, en bonne règle clinique, penser à la syphilis pour l'éliminer. Mais les cas indubitables existent et posent d'intéressants problèmes de traitement, l'efficacité de celui-ci étant nette au début surtout et l'intervention chirurgicale souvent indiquée.

Joseph ALLIEZ.

**L'épilepsie dans les tumeurs cérébrales**, par L. BRUN. 1 brochure in-8°, 148 pages. Impr. du Sémaphore, *Thèse* Marseille, 1939.

Etude clinique portant sur 35 observations provenant de la Clinique neurologique de Marseille. Lorsque, chez un adulte non syphilitique et en dehors des séquelles de traumatismes, survient l'épilepsie généralisée ou jacksonienne, la tumeur doit être soupçonnée. Seules, les crises brava-jacksoniennes suivies de signes moteurs ou sensitifs de localisation impliquent un diagnostic topographique. Les autres crises comitiales n'ont, au contraire, aucune valeur localisatrice. On sait que leur pathogénie, variable et encore obscure, est due à une action indirecte de la tumeur. En ce qui concerne les types cliniques, il semble que les tumeurs malignes donnent plus souvent des manifestations comitiales. La constatation d'une épilepsie accompagnée ou non de céphalées et de signes moteurs et sensitifs d'origine centrale, doit impliquer la mise en œuvre rapide des moyens d'exploration modernes, où la ventriculographie tient une place importante.

Joseph ALLIEZ.

**Etude du syndrome de Parinaud complet de type associé**, par OURGAUD.  
1 brochure in-8°, Marseille, Imp. du Petit Marseillais, *Thèse* Marseille, 1940.

Parmi les diverses formes de syndrome de Parinaud existe un type que l'auteur appelle « Syndrome de Parinaud complet associé » et qui paraît le plus fréquent. Autour du symptôme chef, caractérisé par le trouble marqué de la motilité verticale volontaire et automatique des globes, se groupent des symptômes mineurs (atteinte des types de motilité horizontale, nystagmus, parésie, déviations statiques). Les modifications des réponses vestibulaires sont d'intensité et de sens variables. L'auteur n'aborde pas l'étude physio-pathologique du syndrome.

Joseph ALLIEZ.

**Les troubles nerveux des hémoporphyries**, par M. DURET. Brochure in-8°, 33 pages. Imp. du Petit Marseillais. *Thèse* Marseille, 1939-40.

La description d'une observation du professeur Roger, où une fugue était découvrir un état dépressif avec hallucinations auditives et visuelles chez un jeune homme photo-sensible et porphyrinurique, fournit à l'auteur l'occasion de passer en revue les manifestations nerveuses des hémoporphyries. Les formes neurologiques, à type surtout de polynévrites, avec syndrome de Landry et asthénie, sont les mieux connues. Les cas connus de manifestations psychiques concernent surtout des états d'agitation ou de dépression plus ou moins alternants. Duret n'a pas retrouvé d'observation analogue à celle qu'il publie, où l'état confusionnel particulier a coïncidé avec l'éruption évanescence typique et a disparu avec elle ; le traitement par la vitamine P.P. doit être essayé, sans qu'il soit toujours efficace.

Joseph ALLIEZ.

## PSYCHOLOGIE

**Fantômes**, par W. BOVEN, professeur à l'Université de Lausanne (in *Mélanges*, volume offert à M. Pierre JANET, membre de l'Institut, professeur honoraire au Collège de France, par sa famille, ses amis et ses disciples, page 21. Editions d'Artrey, Paris 1939).

Comment se fait-il qu'une mauvaise nouvelle, un fait apparemment abstrait, une suite de mots lus, puissent opérer en nous, et si rapidement, une sorte de paralysie ? C'est que notre « présent » est plein de notre passé et de notre avenir. De la ferveur de nos projets et de nos rêves, nous édifions des « fantômes ». M. W. Boven propose de désigner sous ce nom tout ce que nous mettons de sentiments, de réflexions, de croyances, d'efforts dans une œuvre en cours, dans une entreprise déterminée. Chacune de nos entreprises constitue son fantôme. Les fantômes de nos œuvres atteignent rarement à l'objectivation sensorielle. Ils sont ressentis plutôt que perçus. Ils sont « faits de la pulpe de nos instincts, de nos sentiments et de nos idées ». Les uns sont spécialisés dans la joie, les autres dans l'angoisse et la douleur, d'autant plus précieux et plus chers qu'ils ont

absorbé davantage de nous-mêmes. C'est parce que ces créations subsistent dans notre intimité que leur perte nous est douloureuse.

On ne rencontre jamais ses propres fantômes, et le propre de l'aliéné, c'est justement de se résoudre en fantômes. La réalité de ses spectres lui est plus intime que notre réel. Le fantôme réalise à ses yeux l'action que l'homme normal conduirait jusqu'à sa réussite ou jusqu'à son échec. Les œuvres de l'aliéné s'arrêtent à la fantasmagorie. Il détruit l'obstacle, en rêve.

Débordant les limites de l'espace et du temps présent, l'homme normal délègue des fantômes à ses œuvres. Selon M. Pierre Janet, l'angoisse est une réaction ou une conduite de l'échec. Pour M. W. Boven, ce serait plutôt la tristesse que l'angoisse. Quoi qu'il en soit, l'angoisse donc serait une espèce de souffrance qu'éprouve l'homme à l'échec ou à la perte d'un fantôme nourri de ses espérances. L'homme normal surpasse l'aliéné en ce qu'il parachève son œuvre dans le réel, réajustant, lorsqu'il est sage, son fantôme et son effort aux conditions mieux déterminées de sa lutte.

La névrose et la psychose créent une faune fantomatique aussi riche qu'étrange. La mélancolie anxieuse a ses spectres, mais la mélancolie proprement asthénique et apathique transmet à ses émanations la tare spécifique de sa paralysie. L'âme mélancolique et ses fantômes perçoivent leur infortune, comme on perçoit une fortune perdue. Tel l'« état de vide » décrit par M. Pierre Janet. Pour ces malades, le temps, s'éternisant, cesse de se muer en durée. « L'éternité, c'est le vertige devant le vide du temps. »

L'hystérique réussit à s'incarner dans ses fantômes au point de ne faire qu'un corps avec eux. Accomplie dans le champ clos du moi, l'action prend pour le sujet le sens d'une guérison tout en se confondant avec ce que le médecin nomme sa maladie. D'où la difficulté de guérir ces malades en les décortiquant de leurs fantômes.

La névrose obsessionnelle a imaginé une autre variété de fantômes, rebelles à toute expectative. Les actions souvent les plus compliquées doivent être accomplies sans délai. Le tic réalise des simulacres d'action, l'ébauche d'un accomplissement pratique, l'action que l'homme normal traduirait par une conduite sociale appropriée. Le sujet diffuse ou dérive en tics l'éréthisme de sa pensée obsédante ou phobique et se soulage ainsi. M. Pierre Janet voit dans l'obsession-phobie une manifestation de la manie de l'effort. Manie de l'effort ou magie de l'effort ? se demande le professeur W. Boven.

René CHARPENTIER.

**Quelques remarques à propos de l'analogie**, par LÉON BRUNSCHVIGG, Membre de l'Institut (in *Mélanges*, volume offert à M. Pierre JANET, membre de l'Institut, professeur honoraire au Collège de France, par sa famille, ses amis et ses disciples, page 31. Editions d'Artrey, Paris 1939).

Il n'est pas toujours aisé de séparer ce qui rentre dans le domaine de la vérité authentiquement reconnue et ce qui n'est autre chose qu'une anticipation fallacieuse. Henri Poincaré, l'un des génies les plus intuitifs que le monde ait connus, s'étonne de la confiance absolue que pendant si longtemps on avait eue dans l'intuition. Ce que l'on peut dire, à ce propos, du nombre et de l'intuition s'applique également à l'analogie dont le prestige fit longtemps obstacle au scrupule de vérité.

Peu de mots cependant ont une signification aussi précise et semblent commander un usage plus strict, « identité de rapport » était déjà la définition de l'analogie donnée par Aristote. Que l'extension de cette analogie de proportionnalité mathématique aux différents domaines de la science doive marquer le progrès de la civilisation moderne, Descartes l'a mis en relief par la géniale application de la méthode qu'était la *Géométrie* de 1637. Ce qui ne veut pas dire qu'il convienne de professer la rigueur absolue de la correspondance entre les propriétés des équations et les propriétés des courbes.

L'analogie est féconde mais, autant elle est propre à proposer les hypothèses, autant elle est incapable d'en imposer la solution. M. Léon Brunshvigg montre, par des exemples historiques tirés de la physique, de l'astronomie, de l'histoire elle-même, où peut conduire l'oubli de cette réserve.

La plasticité de l'analogie qui se prête à toutes les complaisances comme elle se refuse à toutes les précautions, éclate encore dans le développement systématique de l'allégorie. Sénèque mettait déjà Lueilius en garde contre l'abus de l'exégèse homérique telle qu'elle était pratiquée dans l'École. Récemment, M. Baudouin conseillait au psychanalyste de se résister à lui-même, afin de ne pas « ériger une interprétation souvent exacte en un symbole stéréotypé et toujours valable ». Et M. Léon Brunshvigg se demande même si, pour la formation du psychanalyste, ce ne serait pas chose utile, ou même nécessaire, que l'étude et la méditation de ce manuel du « contre-freudisme », où le symbolisme d'interprétation s'exerce à rebours si l'on veut, mais avec la même apparence d'inafaillibilité.

Pour comprendre à quel point le jeu de l'analogie tient à la fonction spontanée du langage, il serait utile d'envisager, par-delà les formes explicites d'expression, la structure même du système linguistique, passant ainsi de l'analogie de proportion, que les signes numériques traduisent adéquattement, à ce que les scolastiques appellent encore aujourd'hui l'analogie d'attribution, qui elle-même recouvre une analogie plus profonde et cachée, pour laquelle il conviendrait d'employer le terme barbare de substantification.

René CHARPENTIER,

**La compréhension mutuelle**, par Edouard CLAPARÈDE, professeur à l'Université de Genève (in *Mélanges*, volume offert à M. Pierre JANET, membre de l'Institut, professeur honoraire au Collège de France, par sa famille, ses amis et ses disciples, page 39. Editions d'Artrey, Paris 1939).

Rappelant d'abord combien sont précieuses, pour rendre compte des conduites sociales, toutes les notions fécondes (subconscient, abaissement de la tension psychologique, répression psychique, etc...) dues à l'auteur de l'*Automatisme psychologique*, le regretté Edouard Claparède se réjouit de l'intérêt que l'on commence à porter de divers côtés à la compréhension mutuelle. Un grand nombre de conflits reposent, en effet, sur des malentendus.

Il est assurément des cas où la compréhension mutuelle n'est pas indispensable aux hommes pour vivre en paix les uns avec les autres, par exemple s'ils sont indifférents les uns aux autres, si leurs intérêts n'interfèrent pas, s'il existe entre eux des rapports de convenance réciproque.



L'homme, hélas, ne devient un loup pour l'homme que lorsque les circonstances ou des intérêts communs le rapprochent de ceux avec lesquels il devrait s'entendre pour collaborer. C'est le conflit, ou la menace du conflit, qui suscite la prise de conscience de cette compréhension mutuelle, prise de conscience contrecarrée par divers facteurs psychologiques. En vertu de leur égoïsme naturel, la plupart des hommes ne se doutent pas de la nécessité de cette compréhension. C'est très sincèrement qu'ils se figurent qu'on leur veut du mal, lorsqu'on n'épouse pas leurs propres intérêts.

D'où ce premier devoir qui est de faire prendre conscience de la nécessité de la compréhension mutuelle et de la rendre possible. Car se comprendre, ajoute M. Edouard Claparède, c'est un peu s'aimer.

René CHARPENTIER.

**Les conduites de culpabilité**, par A. HESNARD, membre du Conseil Supérieur de santé de la Marine (In *Mélanges*, volume offert à M. Pierre JANET, membre de l'Institut, professeur honoraire au Collège de France, par sa famille, ses amis ses disciples, page 101. Editions d'Artrey, Paris 1939).

De portée plus générale que celui des psychanalystes, écrit M. Hesnard, le système d'explication de M. Pierre Janet peut parfaitement s'étendre aux faits rassemblés par la méthode psychanalytique et en rattacher la connaissance aux lois générales de la psychologie de la conduite. En particulier, pour les sentiments morbides concernant la moralité, le sentiment de faute, que M. Pierre Janet a si bien décrit en liaison avec les autres troubles psychonévropathiques du sentiment et de la conduite, comme relevant d'une même explication psychologique.

Les conduites en rapport avec les sentiments morbides d'infériorité morale ou de faute se retrouvent dans toutes les formes de la névrose ou de la psychose, où le sentiment d'infériorité (Adler) s'associe souvent au sentiment de culpabilité. M. Hesnard rappelle les conduites de culpabilité des anxieux, des psychasthéniques, phobiques et obsédés, des hystériques, des psychopathes : mélancoliques, maniaques, délirants chroniques, schizophrènes. Toutes ces conduites morbides de moralité sont des réactions d'échec dans la vie par impuissance à terminer, à accomplir régulièrement et jusqu'au bout les actions morales.

Si l'on retrouve constamment le sentiment de faute lié à tous les incidents successifs de l'activité érotique, c'est que la sexualité est précisément l'un des domaines où la pathologie vérifie de la manière la plus frappante les lois « janettiennes » de l'énergétique psychologique.

Les formes de névrose et de psychose qui apparaissent, cliniquement et surtout psychanalytiquement, en relation avec une étiologie sexuelle exclusive ou prédominante sont, au même titre que les autres formes, des « maladies de l'évolution des fonctions ». Elles traduisent l'incapacité d'adaptations fonctionnelles supérieures à des circonstances nouvelles. Car la hiérarchisation des tendances et des conduites de moralité, et en général la hiérarchisation des fonctions, s'acquiert progressivement et évolue avec l'individu, sa structure variant avec les circonstances (sexe, milieu, éducation, etc.). Loin d'échapper à la psychologie de la conduite, la fausse morale intérieure, primitive et préventive, de ces malades, vérifie la loi de la névrose, maladie de l'évolution des fonctions.

René CHARPENTIER.

**Souvenirs et problèmes**, par Jules JANET, ancien interne des hôpitaux de Paris (in *Mélanges*, volume offert à M. Pierre JANET, membre de l'Institut, professeur honoraire au Collège de France, par sa famille, ses amis et ses disciples, page 113. Editions d'Artrey. Paris 1939).

L'auteur rappelle ici des expériences communiquées par lui autrefois à la Société de psychologie, dans un travail sur la « personnalité seconde ». Il exposait dans ce travail que, quel que soit le moyen employé pour annihiler momentanément la personnalité première, hypnotisme, anesthésie chloroformique, sommeil naturel, on se trouve toujours en présence d'un même niveau psychologique : la personnalité seconde qui conserve tous ses souvenirs. Chez les personnes hypnotisables, la personnalité seconde, écrit M. Jules Janet, est bien supérieure à la personnalité première et bien plus riche qu'elle. C'est pour cela qu'elles sont hypnotisables. Dans les rêves, c'est l'état second qui reste éveillé et qui fonctionne.

L'auteur ajoute qu'il y aurait un très grand intérêt à pouvoir étudier l'état second d'une personne normale pour se rendre compte des différences qu'il peut présenter avec l'état premier, au point de vue de l'enregistrement des souvenirs par exemple, pour rechercher aussi si dans cet état second un sujet normal deviendrait suggestible « comme une hystérique », pour rechercher enfin dans le subconscient des vestiges de ce sixième sens que Charles Richet définissait « celui qui nous fait connaître une vibration de la réalité, vibration que nos sens normaux ne peuvent percevoir. Tendant à admettre cette « clairvoyance du subconscient », M. Jules Janet se demande si toutes les angoisses malades ne sont pas dues à des crises d'activité du subconscient.

René CHARPENTIER.

**Les deux tendances des mathématiques. La théorie des systèmes d'équations aux dérivées partielles**, par Maurice JANET, professeur à l'Université de Caen (in *Mélanges*, volume offert à M. Pierre JANET, membre de l'Institut, professeur honoraire au Collège de France, par sa famille, ses amis et ses disciples, page 123. Editions d'Artrey. Paris 1939).

L'étude de la nature aide l'esprit à dégager des notions et des problèmes qu'il simplifie ou schématise. Puis, passant à des généralisations, il s'interroge, et ses réponses parfois suggèrent une nouvelle manière d'explorer la nature. C'est en suivant alternativement ces deux tendances que, peu à peu, s'enrichissent les mathématiques.

Depuis Leibnitz et Newton, l'idée philosophique du « devenir d'un être », sur laquelle insistait déjà Héraclite, s'est transformée en l'idée mathématique de « dérivée d'une fonction », idée plus particulière, plus ligée, mais qui a l'avantage d'une précision parfaite, tout en restant encore extrêmement riche.

L'observation fournissant souvent, non la loi de variation d'un être, mais la loi de variation de son devenir, le premier problème du calcul intégral consiste à remonter de la dérivée d'une fonction à la fonction elle-même (en utilisant de plus la valeur initiale de la fonction).

Un problème plus complexe se pose : ce qui est donné, c'est une relation entre la ou les dérivées, la ou les fonctions inconnues, la ou les variables indépendantes. D'où des équations différentielles « ordinaires » lorsque la

variable indépendante est « à une dimension », se laissant caractériser par un seul nombre, et des équations « aux dérivées partielles » si l'inconnue est à deux ou plusieurs dimensions, c'est-à-dire dépend non plus d'un seul nombre, mais de plusieurs.

Suivant sa tendance naturelle qui est, pour son propre plaisir et pour l'harmonie des idées, de généraliser et d'interroger, le mathématicien, indépendamment de tout problème naturel, géométrique ou physique, se donnera une relation entre une fonction inconnue, sa dérivée et la variable indépendante, cherchera en somme à trouver une proposition générale englobant comme cas particuliers celles qui se sont présentées au hasard des rencontres. Telles, la proposition établie par Cauchy, sous deux aspects différents, pour un système « régulier » quelconque comportant autant d'équations différentielles ordinaires que de fonctions inconnues et la généralisation du théorème de Cauchy due à Mme de Kowalesky, études auxquelles des travaux ultérieurs donnèrent une extension considérable.

René CHARPENTIER.

**Les aptitudes intellectuelles des ouvriers**, par Michel JANET, ingénieur des Arts et Manufactures (in *Mélanges*, volume offert à M. Pierre JANET, membre de l'Institut, professeur honoraire au Collège de France, par sa famille, ses amis et ses disciples, page 131. Editions d'Artrey. Paris 1939).

Dans cet intéressant exposé d'un problème de si grande importance sociale, M. Michel Janet expose les résultats de son expérience professionnelle concernant les ouvriers des travaux publics et du bâtiment, concluant que les facultés intellectuelles de la grande majorité des manœuvres ne sont guère susceptibles de développement, exception faite naturellement des ouvriers spécialisés que le chômage ou d'autres circonstances obligent momentanément à se faire embaucher comme manœuvres et des déséquilibrés instables, irréguliers, indisciplinés, rejetés de partout et ne pouvant occuper que des emplois temporaires. L'ensemble des manœuvres est composé de braves gens, inaptes à tout effort intellectuel et y répugnant. Beaucoup, pour qui n'avoir à penser à rien est un idéal, sont incapables de la moindre prévision.

Cependant, la plupart des ouvriers des travaux publics débute comme manœuvres, et M. Michel Janet montre comment ceux qui ont des qualités nécessaires deviennent des spécialistes, des ouvriers d'élite, des chefs d'équipe, des contremaîtres, des entrepreneurs. Certains métiers, tels ceux de compagnon charpentier, de monteur de machine, par exemple, demandent de l'intelligence et une formation souvent longue. L'auteur attire l'attention sur l'intérêt qu'il y aurait à étudier les aptitudes intellectuelles de ceux qu'il appelle les « manœuvres intellectuels », teneurs de livres, commis aux écritures.

L'instruction n'est pas la panacée qui permet aux hommes de s'élever et de chasser la misère. Elle est nécessaire mais, sans *intelligence*, sans *réflexion* et sans *volonté*, elle ne sert de rien. Ce sont ces trois forces qu'il faut développer dès l'enfance. Tout individu peut améliorer sa condition sociale s'il a les qualités intellectuelles nécessaires et la volonté de les mettre en œuvre.

Si, nombreux sont ceux qui doivent se contenter du rôle de manœuvres,

c'est que la plupart des métiers sont au-dessus des possibilités d'un grand nombre d'individus. Les autres postes peuvent être atteints par un nombre de personnes d'autant plus faible que la part d'activité intellectuelle y est plus grande. En retour des privilèges que leur assurent leurs aptitudes, ceux qui composent ces élites se doivent d'employer leur intelligence, leur réflexion, leur volonté au progrès matériel et moral et à l'amélioration du sort des déshérités.

René CHARPENTIER.

**La psychologie expérimentale et le problème des aptitudes**, par Albert MICHOTTE, professeur à l'Université de Louvain (in *Mélanges*, volume offert à M. Pierre JANET, membre de l'Institut, professeur honoraire au Collège de France, par sa famille, ses amis et ses disciples, page 155. Editions d'Artrey. Paris 1939).

Pour le professeur Michotte, le « divorce » qui existe actuellement entre la psychologie expérimentale et la psychologie des aptitudes n'est que la conséquence d'une erreur de perspective que favorise une différence profonde dans les méthodes et les techniques. Un rapprochement de leurs résultats et de leurs points de vue lui paraît non seulement désirable, mais possible et même nécessaire.

Il est devenu banal à l'heure présente d'affirmer que la psychologie est la science des conduites, la science du comportement, et que l'objet de ses recherches est l'action de l'homme en fonction de la situation dans laquelle il se trouve placé. La psychologie expérimentale et la psychologie des aptitudes diffèrent par leur technique et aussi, semble-t-il, par l'objet de leurs recherches. Mais toutes deux poursuivent en dernière analyse le même objet : la connaissance des capacités de l'homme, qui rendent compte de son comportement, tout en le poursuivant suivant des méthodes et des points de vue différents. Il y a continuité logique entre les problèmes de la psychologie expérimentale et ceux de la psychologie des aptitudes.

Les capacités dont s'occupe la psychologie expérimentale répondent à des aspects, à des propriétés, à des phases partielles de l'action, que l'on peut y discerner directement. La recherche part de l'étude de ces propriétés pour atteindre ensuite les capacités qui sont à leur base.

La psychologie des aptitudes, au contraire, prend son point de départ dans la démonstration qu'il doit y avoir, à la base de certaines activités globales, des capacités communes qui rendent compte de leur liaison, ou des capacités spécifiques qui assurent leur indépendance fonctionnelle. La recherche de la signification psychologique de ces capacités, c'est-à-dire la recherche des aspects de l'action auxquels elles correspondent, représente ici un stade ultérieur du travail scientifique.

Emettant une hypothèse déjà ébauchée par M. Piéron, le professeur Michotte se demande si la raison profonde de la divergence entre les résultats négatifs de l'examen fractionné des différents aspects de l'action par les procédés d'observation analytique et ceux obtenus par la comparaison des rendements globaux des activités totales, ne provient pas de ce que les propriétés des activités correspondant aux aptitudes sont spécifiquement liées à l'action globale comme telle. Chaque activité, produit de la personnalité humaine tout entière, jouirait de propriétés caractéristiques, appartenant à l'ensemble de l'action comme telle. L'étude des aptitudes mènerait ainsi à la connaissance d'un fait psychologique nouveau, que la psychologie expé-

rim mentale doit nécessairement englober dans son domaine. L'analyse des facteurs pourrait seule apporter ce comportement indispensable : la connaissance des propriétés psychologiques globales des différentes activités.

René CHARPENTIER.

**La droiture (Phénoménologie du droit chemin)**, par Eugène MINKOWSKI (in *Mélanges*, volume offert à M. Pierre JANET, membre de l'Institut, professeur honoraire au Collège de France, par sa famille, ses amis et ses disciples, page 169. Editions d'Artrey. Paris 1939.

Si la ligne droite est le plus court chemin entre deux points, nous parlons aussi de droiture de caractère, du droit chemin dans la vie, d'un homme très droit. Dans la vie courante, on se représente une ligne droite en faisant intervenir l'image d'un fil « parfaitement » tendu entre deux points fixes, ce qui introduit dans l'image évoquée, de façon plus ou moins consciente, le facteur de perfection. La droiture, sans écarts ni déviations, semble avoir quelque chose d'absolu, toucher à la perfection, posséder une portée éminemment « normative » ; elle mérite d'être recherchée, d'être imitée. « Le plus court chemin » touche à la perfection et, dans ce sens, fait corps avec la ligne droite, ne fait au fond qu'un avec elle.

Le postulat du plus court chemin s'impose à nous avec évidence. La notion de la valeur particulière de la ligne droite est si profondément enracinée que la ramener à des connaissances empiriques semble fausser sa vraie signification. Toutes les situations de la vie pratique présupposent l'intuition de la droite en tant que le plus court chemin entre deux points. Dans l'expression « droit devant soi », « droit » s'associe intimement à « devant » qui est un des facteurs constitutifs de l'avenir vécu (voir du même auteur *Le Temps vécu*). Examinant l'expression « aller droit au but », M. Eug. Minkowski conclut que ce facteur positif n'est pourtant pas la formule souveraine du « droit chemin » dont le vrai sens doit être cherché au-dessus de la sphère de la vie quotidienne, ainsi que de son décours dans le temps, en s'adressant aux manifestations les plus élevées de la vie.

A propos de l'expression « se tenir droit dans la vie », il montre que dans la stature droite du beau vieillard que n'ont pu courber ni les fatigues de la vie, ni le poids des années, ni les misères physiologiques du déclin, comme dans l'homme qui ne plie point l'échine, fuit les platitudes, nous découvrons l'image de la noblesse et de la dignité, dans la mesure où elles sont à la portée des êtres humains.

Pour acquérir toute sa valeur, le droit chemin doit nécessairement se diriger vers quelque chose, aller vers une fin, vers quelque chose de grand et d'élevé qui fasse que la vie mérite d'être vécue. Tendre vers le droit chemin est le problème le plus profond, le plus essentiel, de notre existence. La vérité, qui est naturelle tandis que le mensonge s'apprend, est le droit et le meilleur chemin, le plus court chemin vers le bien. L'aspiration vers le bien pose d'emblée, dans sa progression et son dynamisme premier, l'image du droit, du meilleur chemin.

Le droit chemin est une donnée essentielle de la vie et, comme tel, appartient à l'ordre des valeurs, en impliquant d'emblée la notion du meilleur chemin. C'est à cette donnée primordiale que nous devons nous reporter pour rechercher la source de « l'évidence » propre à l'association intime du droit et du meilleur.

René CHARPENTIER.

## JOURNAUX ET REVUES

### PSYCHIATRIE

**Du suicide chez les épileptiques**, par L. MARCHAND et J. DE AJURIAGUERRA (*La Presse médicale*, 16-19 avril 1941).

Après avoir rappelé l'opinion des auteurs qui ont traité cette question ou publié des cas isolés, et signalé combien il est difficile d'établir la fréquence du suicide et des tentatives de suicide chez les épileptiques, MM. Marchand et J. Ajuriaguerra étudient successivement le suicide au cours des états d'automatisme, au cours des états hallucinatoires post-paroxystiques, au cours des états dépressifs des épileptiques, à l'occasion d'impulsions mnésiques, au cours des états dépressifs réactionnels, et les cas de suicide sous la dépendance de l'état de déséquilibre mental constitutionnel.

D'ailleurs, le même sujet (épileptique) accomplit parfois des tentatives de suicide multiples, sous l'influence tantôt de l'un, tantôt de l'autre de ces états. Pourtant, et Magnan l'avait déjà signalé, le suicide inconscient, véritable équivalent comitial, se renouvelle fréquemment chez le même sujet, au cours des mêmes accidents comitiaux, et on peut ainsi prévoir qu'un sujet ayant fait une première tentative amnésique, en fera ensuite d'autres analogues. Mais avant d'affirmer qu'une tentative de suicide suivie d'amnésie totale a été accomplie au cours d'un état d'automatisme épileptique, les auteurs recommandent de s'assurer avec soin que l'amnésie observée n'est pas simplement consécutive au traumatisme. Le diagnostic peut être difficile, particulièrement dans les cas où l'accès d'automatisme est la première manifestation d'une épilepsie latente.

Moins fréquentes, les impulsions au suicide conscientes des épileptiques ne sont pas suivies d'amnésie et sont caractérisées par leur soudaineté, leur brutalité et leur violence. Des formes conscientes et mnésiques peuvent également être observées au cours des états hallucinatoires consécutifs aux crises convulsives, l'acte s'accomplissant alors sous l'influence de voix impératives.

Les autres variétés de suicide ci-dessus énoncées présentent de façon beaucoup moins nettement le caractère épileptique.

En terminant, MM. Marchand et J. Ajuriaguerra font remarquer que les diverses causes du suicide des épileptiques ne diffèrent en rien de celles que peut mettre en évidence l'étude de l'homicide et de l'auto-mutilation de ces mêmes malades.

René CHARPENTIER.

**Schizophrénie avec obsessions**, par S. J. KONSTORUM, S. J. BARZAC et M<sup>me</sup> E.-G. OKOUNIEVA. (Travaux de l'Institut neuro-psychiatrique de Ganouchkin, Moscou 1936. Fascicule I).

Les auteurs réunissent 35 observations de malades atteints de schizophrénie et présentant simultanément un syndrome obsessionnel. Ils souli-

gnent dans les antécédents de cette catégorie de malades l'importance de tares psychiques héréditaires où prédominent la schizophrénie, les troubles d'involution et l'épilepsie. Les asthéniques offrent un terrain particulièrement favorable. Chez certains sujets à tendance schizoïde chez lesquels la schizophrénie s'installe ensuite, les obsessions sont constitutionnellement inséparables de la personnalité psychique et se manifestent avant et au cours des processus schizophrènes. Les obsessions de ces malades ne présentent pas de caractères spéciaux ; cependant deux particularités indiquent leur nature : 1° l'étroitesse de liaison de l'idée obsédante avec les sensations somato-psychiques et hypocondriaques à caractère passif ; 2° l'intensité obsédante des idées délirantes.

FRIBOURG-BLANC.

**Schizophrénie avec manifestations hystériques**, par D.-E. MELECHOW, S. A. CHOUBINA, S. J. KOGAN, R. S. REZNIK. (Travaux de l'Institut neuro-psychiatrique de Ganouchkin. Moscou 1936).

En se basant sur leur expérience personnelle, les auteurs distinguent chez les sujets atteints de schizophrénie avec manifestations hystériques deux catégories distinctes. Dans le premier groupe, les manifestations hystériques font partie, au point de vue de leur genèse, de modifications introduites par le processus schizophrénique. Dans le second, les manifestations pithiatiques sont liées à la personnalité psychique du sujet. La déficience psychique fonctionnelle qui en résulte est donc tantôt acquise, tantôt congénitale.

A la période tardive, les manifestations pithiatiques perdent leur physionomie caractéristique chez les malades appartenant aux deux catégories, tout en laissant une légère empreinte personnelle.

FRIBOURG-BLANC.

**Du rôle de l'asthénie sur le processus schizophrénique**, par Z. KAPLINSEY. (Travaux de l'Institut neuro-psychiatrique de Ganouchkin Fasc. I. Moscou 1936).

L'introduction de nouvelles méthodes de thérapeutique active dans le traitement de la schizophrénie révèle une certaine analogie entre ces méthodes, s'exprimant par la création d'un état d'asthénie physique et psychique créée artificiellement. L'asthénie apparaît comme l'expression de la rénovation biologique et somatique du sujet. Elle trouve une analogie dans les états précédant les rémissions spontanées ou ceux qui surviennent à la suite de maladies organiques. Elle transforme et atténue les particularités propres à la schizophrénie et transporte les réactions du malade sur un plan organique.

FRIBOURG-BLANC.

**Contribution à l'étude de la corrélation entre la schizophrénie et l'encéphalite épidémique chronique**, par M<sup>me</sup> L. S. CHALIFINA. (Travaux de l'Institut neuro-psychiatrique de Ganouchkin. Moscou, 1936).

A propos d'un cas personnel l'auteur étudie les rapports de deux processus psychiques différents, leur évolution, les caractères spéciaux apportés par chacun des processus dans l'ensemble du tableau clinique.

FRIBOURG-BLANC.

**Contribution à l'étude du retentissement des modifications séniles sur l'évolution du processus schizophrénique**, par N. N. ZAK. (Travaux de l'Institut neuro-psychiatrique de Ganouchkin. Fasc. I, Moscou 1936).

L'auteur rapporte l'observation d'un malade atteint de schizophrénie dont la maladie initiale s'est compliquée de troubles mentaux se traduisant par la sénilité précoce. L'auteur souligne la précocité de l'apparition de ce processus surajouté dont l'installation semble avoir été préparée par la désagrégation mentale schizophrénique. Cependant les caractères de la sénilité ne sont nullement modifiés par la schizophrénie préexistante. C'est au contraire le processus sénile qui vient occuper la première place pour effacer progressivement les manifestations psychiques de la maladie initiale.

FRIBOURG-BLANC.

**Sur quatre cas probables de la maladie de Pick**, par M. G. I. URECHIA (*Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, mai 1940).

A l'aide de ces quatre observations, M. Urechia insiste sur le fait que la maladie de Pick étant maintenant mieux connue, est beaucoup plus souvent diagnostiquée, le seul diagnostic difficile étant, pendant la vie, le diagnostic avec la maladie, voisine, d'Alzheimer. La clinique, d'ailleurs, de même que l'anatomic pathologique, montrent qu'il existe entre ces deux affections, des cas de transition.

Ces 4 cas sont ceux de 3 hommes et 1 femme, de 42, 48, 52 et 58 ans, présentant tous une démence profonde, globale, progressive, évoluant depuis plusieurs années. Dans tous ces cas la ponction lombaire fut négative, la réaction de Bordet-Wassermann négative aussi bien dans le sang que dans le liquide céphalo-rachidien. Tension artérielle normale (ou dans un de ces 4 cas légèrement élevée). Aucun signe physique d'athérome.

Malades indifférents, apathiques, se désintéressant de tout ce qui se passe autour d'eux, évitant la parole, ne répondant pas volontiers ou ne donnant aucune réponse, se limitant à un rire approbatif, à de courtes réponses, ou affectant de ne pas comprendre et de vouloir se libérer des questions. Au cours de l'évolution, quelques symptômes transitoires d'irritation et quelques épisodes de vagabondage démentiel.

Ruë CHARPENTIER.

## NEUROLOGIE

**Répercussivité, irritabilité, individualité**, par ANDRÉ-THOMAS (*La Presse médicale*, 22-25 janvier 1941).

S'appliquant à découvrir le comment et le pourquoi de la diversité des effets produits par le même agent, la pathologie générale tend en cela à devenir pathologie individuelle. L'individualité s'impose aussi bien en physiologie qu'en pathologie.

En étudiant, chez l'homme, les réflexes sympathiques du tégument, M. André-Thomas a mis en évidence des faits, d'ailleurs rares, d'exagération temporaire ou permanente de ces réflexes à la suite d'une affection



locale. Ce phénomène, auquel il a donné le nom de « répercussivité », peut être soit régional, soit local. La répercussivité régionale, étendue à tout un membre, à toute une moitié du corps, paraît subordonnée à l'intervention du système sympathique au niveau de l'un quelconque de ses relais. La répercussivité locale, strictement localisée au pourtour de la lésion ou de la cicatrice, soulève de nombreux problèmes. Ces deux modes de répercussivité sont indépendants et peuvent, ou non, se combiner. Un ensemble de variations, de nuances, de discordances souligne la part de l'individualité, les bizarreries de l'instabilité dont M. André-Thomas apporte de nombreux et curieux exemples.

Si l'on envisage l'ensemble des réactions émotives, aussi bien les réactions générales que les réactions locales, les réactions psychiques, n'est-on pas frappé par les différences d'impressionnabilité et de comportement d'un individu à un autre, les variétés et les nuances qu'affectent ces réactions chez un même sujet suivant l'intensité du choc et suivant sa nature. Ces réactions ne sont pas réservées au tégument et sont ordinairement préparées par une lésion ou une prédisposition locale, lien qui les apparente plus ou moins immédiatement aux phénomènes de répercussivité. A noter encore que les irritations causées par une lésion viscérale sont susceptibles de retentir sur le fonctionnement d'autres organes. Dans le groupe des répercussions d'origine émotive, est-il besoin de rappeler certains cas d'ictère, quelle que soit d'ailleurs la nature de l'émotion, heureuse ou malheureuse.

Une même cause peut produire soit le même accident, soit des accidents apparemment différents, mais originellement de même source, chez plusieurs membres de la même famille. Deux ordres de réactivité entrent en jeu : d'abord une réactivité générale de l'organisme, puis une réactivité locale. Les termes idiosyncrasie, sensibilisation, intolérance, qualifient assez bien l'ensemble de ces accidents morbides, intolérance vraisemblablement vis-à-vis de substances de transformation produites par la réaction des humeurs en présence d'un élément étranger. Le caractère individuel des réactions physiologiques et pathologiques s'affirme nettement. Si ces susceptibilités se manifestent plus fréquemment, ainsi qu'au cours d'affections organiques nettement constituées et classées, c'est peut-être qu'une lésion trop profondément altérante ou destructive supprime l'irritabilité et la réactivité si subtiles qui caractérisent la répercussivité.

Il faut distinguer des phénomènes de répercussivité les pararéflexes qui se produisent dans d'autres régions que celles qui répondent habituellement à l'excitation réflexogène.

De même que les réflexes tégumentaires de nature sympathique ou végétative, tous ces phénomènes pathologiques sont marqués du même sceau : l'individualité. Et, de la connaissance des nuances si subtiles de l'irritabilité, de la répercussivité, de l'individualité, il découle que la thérapeutique doit se prêter à la multiplicité et à la variété des tentatives lorsque ses méthodes classiques sont mises en échec.

En résumé, ces faits de répercussivité s'observent dans trois conditions : 1° irritabilité anormale d'un organe ou d'une région vis-à-vis d'une excitation lointaine normale ; 2° réponse excessive et élective d'un organe apparemment normal vis-à-vis d'une excitation lointaine en cas d'excès d'irritabilité des récepteurs, des conducteurs ou des centres ; 3° irritabilité anormale au point d'excitation et au niveau de l'organe ou de la région qui répond.

René CHARPENTIER.

**Sur l'utilité du réflexe psychogalvanique en neurologie**, par M. JONESCO-SISESTI et Louis COPELMAN (de Bucarest). *La Presse médicale*, 13-18 mai 1940).

Le phénomène psychogalvanique est l'enregistrement par un galvanomètre sensible des variations de la résistance électrique provoquées par des états affectifs passagers. Les auteurs exposent ici l'histoire et la méthode des recherches sur ce phénomène considéré comme un réflexe des états émotionnels et qui constitue une méthode importante d'analyse fonctionnelle du système nerveux (H. Piéron). Ils indiquent comment, par l'examen des voies de conduction et du centre de ce réflexe, on est amené à étudier du point de vue physiologique la conduction afférente des sensations, le fonctionnement de la région centrale (siège du déclenchement du réflexe), le système végétatif qui représente la voie motrice centrifuge, les perturbations des glandes sudoripares. L'étude de l'action centrale du réflexe psychogalvanique met en cause le problème des relations fonctionnelles entre l'appareil végétatif cérébral et l'activité psychologique.

Les auteurs rapportent les résultats de leurs recherches personnelles dans l'application de la méthode psychogalvanique à l'étude de la vie affective des parkinsoniens, des troubles sensitifs des syringomyéliques et des troubles végétatifs des basedowiens. Leur but est, avant tout, de montrer que la méthode psychogalvanique constitue un procédé riche en promesses pour l'exploration du système nerveux.

René CHARPENTIER.

**Les « éclipses cérébrales » au cours des poussées hypertensives**, par E. DONZELOT (*La Presse médicale*, 1-4 janvier 1941).

A propos d'un cas particulièrement démonstratif par l'abondance et la variété des manifestations, M. E. Donzelot décrit ce phénomène impressionnant et qui n'est, en réalité, qu'une modalité des crises vasculaires bien étudiées par Pal et par Vaquez. Les troubles sont dus à l'ischémie de certains territoires cérébraux par spasmes artériels marchant de pair avec des poussées brusques d'hypertension artérielle. Au cours de la poussée d'hypertension généralisée qui provoque l'éclipse amaurotique, Bailliart a montré que l'on pouvait constater à l'ophtalmoscope le spasme de l'artère rétinienne — qui est une artère cérébrale — et assister à la disparition de ce spasme sous l'influence de l'inhalation de quelques gouttes de nitrite d'amyle.

Les résultats du traitement, médical et chirurgical (surrénalectomie unilatérale, infiltrations et sections nerveuses, énuération du pédicule et décapsulation du rein) sont objectivement modestes pour l'hypertension permanente. Mais l'amélioration des phénomènes subjectifs est nette, fréquente, parfois même durable. Et il est fréquent de constater une diminution des poussées hypertensives.

René CHARPENTIER.

**A propos d'un hématomé intracérébral non traumatique. Opération. Guérison. Evolution ultérieure sous forme de tumeur cérébrale**, par L. LARUELLE et L. MASSON-VERNIORY (*Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, juin 1940).

Suite de l'observation antérieurement publiée (*Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, juillet 1938, page 495) d'un homme de 42 ans, sans antécé-

dents personnels, qui préscuta, 15 jours après une grippe banale ayant permis la reprise des occupations, un syndrome d'hypertension intracrânienne rapporté alors à une hémorragie cérébrale évoluant comme un hématome, diagnostic confirmé par ponction cérébrale au cours de l'intervention. Récupération rapide. Trois mois et demi après l'intervention, le malade pouvait être considéré comme guéri.

Mais, dans les mois qui suivirent, l'évolution d'une tumeur cérébrale (glioblastome hétéromorphe), avec stase papillaire bilatérale, nécessita une nouvelle intervention (Dr Morelle), en dépit de laquelle, et malgré la radiothérapie consécutive, la malade mourut deux mois plus tard.

En résumé, tumeur cérébrale à début apoplectiforme, avec symptomatologie d'hématome intracérébral traité chirurgicalement par vidange, retour momentané à l'état normal et évolution ultérieure du néoplasme.

Ces hématomes intra-tumoraux sont assez exceptionnels (3,7 % d'après la statistique d'Oldberg, dans le service de Cushing) et s'observent dans les lésions les plus rapidement croissantes, dégénératives. Résultats thérapeutiques décevants, la décompressive entraînant le plus souvent l'augmentation du saignement et la mort. Le résultat initialement favorable de l'observation rapportée ici est attribué par les auteurs au fait que cette première intervention eut lieu 11 jours après l'hémorragie, alors que le caillot était en voie d'organisation.

René CHARPENTIER.

**Myoclonies rythmiques vélo-palato-laryngées et faciales**, par M. C. I. URECHIA (*Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, mai 1940).

Observation d'un cas de myoclonies rythmiques et synchrones intéressant le voile, le pharynx, le larynx et la face chez une femme de 35 ans, syphilitique avec ponction lombaire positive, et présentant en même temps d'autres symptômes protubérantiels (paralyse faciale, parésie du moteur oculaire externe et du trijumeau, troubles de la sensibilité) et un nystagmus oculaire synchrone aux myoclonies. Le traitement spécifique appliqué n'a donné que peu de résultats.

R. C.

**Spina bifida et autres malformations lombo-sacro-coccygiennes avec syndrome du cône terminal de la moelle**, par M. C. I. URECHIA (*Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, mai 1940).

Il s'agit d'un homme de 33 ans présentant des troubles de la sensibilité tactile, thermique et surtout douloureuse sur le trajet des 2, 3, 4, 5, sacrées, une zone d'hyperesthésie paresthésique à la face externe de la cuisse gauche où s'observe également un trouble trophique local caractérisé par la chute des poils, des troubles de la miction et de la défécation, l'abolition des réflexes achilléens. Troubles aggravés par une chute sur le dos et dus à une malformation de la région sacro-coccygienne : lombalisation de la première sacrée, spina occulta étendue, absence du coccyx. Une très petite excroissance qui existait, lors de la naissance, dans la région sacrée, fut excisée, laissant une cicatrice : il s'agissait probablement d'une petite méningocèle sacrée.

L'auteur fait observer la rareté du syndrome sensitif à distribution sacrée et, particulièrement, la rareté de l'existence sur la cuisse d'une région glabre, ovale, anesthésique, en opposition avec l'hypertrichose sacrée. Le rôle d'aggravation du traumatisme fut manifeste.

R. C.

**Polyradiculo-névrite après une angine compliquée d'otite**, par M. C. I. URECHIA (*Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, mai 1940).

Dans ce cas de syndrome de Guillain-Barré, M. Urechia fait remarquer au début une infection bucco-pharyngée fébrile datant de trois semaines, compliquée d'otite suppurée, et, parmi les symptômes initiaux de la polyradiculo-névrite, des troubles gastro-intestinaux.

MM. Guillain, Alajouanine et Périssin avaient déjà signalé, au début de ces cas, l'existence d'infections à point de départ bucco-pharyngé.

R. C.

**Névralgie sciatique rebelle par funiculite inflammatoire. Exploration chirurgicale. Constatations. Résultats**, par Jacques DECOURT et D. PETIT-DUTAILLIS (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 20 février 1941).

Dans un cas de sciatique rebelle où l'on avait pensé à une hernie discale postérieure, l'intervention chirurgicale montra qu'il s'agissait, en réalité, de lésions inflammatoires importantes de la portion funiculaire des racines du sciatique, lésions strictement extradurales et localisées au côté malade. La laminectomie et l'incision de la dure-mère ayant sans doute soulagé les racines comprimées par la vaso-dilatation et l'œdème inflammatoire, la douleur cessa immédiatement après l'intervention. N'y aurait-il pas plus souvent intérêt, concluent les auteurs, à explorer chirurgicalement les sciatiques graves, anciennes, rebelles, même lorsque l'existence d'une hernie discale n'est pas formellement démontrée par le radiodiagnostic lipiodolé ?

R. C.

**Réflexions sur le problème pathogénique de la sciatique dite essentielle. A propos de 3 cas, chirurgicalement vérifiés, de sciatique par hernie méniscale postérieure lombaire**, par S. de SÈZE (*La Presse médicale*, 25 février 1941).

Revenant sur la question des algies lombo-sciatiques consécutives aux hernies postérieures des deux derniers disques intervertébraux, M. S. de Sèze, à propos de ces 3 cas, passe en revue les signes cliniques, les renseignements donnés par la ponction lombaire, les conditions étiologiques, les indications données par la radiographie vertébrale et par l'épreuve du lipiodol. Il conclut que les sciatiques par hernie discale postérieure guéries par les chirurgiens ne diffèrent des autres sciatiques par aucun autre caractère essentiel que leur résistance aux traitements médicaux habituels. Mais elles sont rebelles et récidivantes.

Sieard a montré que les causes de la sciatique ne sont pas uniformément réparties sur tout le trajet des racines, du tronc nerveux et de ses branches,

mais qu'elles sont, au contraire, presque toutes ramassées dans cette portion daugereuse qui, depuis le canal rachidien jusqu'à la sortie du trou de conjugaison, chemine au contact intime des éléments ostéo-fibreux du squelette vertébral. La connaissance des sciatiques d'origine discale ne fait que confirmer cette conception originale. Elle ne résume pas la cause unique de toutes les sciatiques.

René CHARPENTIER.

**Sur deux cas de polynévrite anémique**, par M. C. I. URECHIA (*Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, mai 1940).

L'atteinte des nerfs périphériques, signalée dès 1886 par Lépine, est la manifestation la plus rare des syndromes neuro-anémiques. M. Urechia en rapporte ici deux cas, chez des femmes de 45 ans et 54 ans, cas dans lesquels la guérison fut obtenue après traitement par extrait hépatique et gastrique, fer et vitamine C. Dans l'un de ces cas, la guérison se maintient depuis un an.

R. C.

## PSYCHOTECHNIQUE

**Les problèmes de l'orientation et de la sélection professionnelles et le concours du médecin**, par Henri Füss, Directeur général au ministère du Travail (*Archives de médecine sociale et d'hygiène et Revue de pathologie et de physiologie du travail*, Bruxelles, mars 1940).

L'orientation professionnelle et la sélection professionnelle sont des problèmes essentiellement différents. Dans le problème de la sélection professionnelle, il s'agit de mettre l'homme dans un emploi. Dans celui de l'orientation professionnelle, il s'agit de mettre un métier dans l'homme. Dans les deux cas, le concours du médecin est indispensable.

Une sélection professionnelle rationnelle ne peut être prisonnière des règles rigides automatiques. Elle ne peut s'organiser de façon convenable qu'avec le concours du médecin, mais non pas avec son concours exclusif.

L'orientation professionnelle est une fonction sociale singulièrement complexe et qui réclame des concours multiples. Elle doit être préparée dès l'école primaire et le médecin a ici un rôle de premier ordre. Là s'éveillent les goûts de l'enfant : on peut les développer, les orienter en observant le développement de ses facultés intellectuelles et de ses capacités physiques. Toutefois, l'Association internationale pour le Progrès Social a estimé que l'orientation professionnelle devrait surtout exercer son action dans les écoles secondaires professionnelles ou générales, non pas à l'aide de tests, mais par l'observation attentive du développement de l'enfant et du contact de l'enfant avec diverses matières. Ce contact donne des indications infiniment plus profondes, déclare M. Füss, que celles qui peuvent résulter de la simple pratique de tests ou de l'examen psychotechnique.

Il convient aussi de ne pas perdre de vue les changements considérables que peuvent, après la puberté, présenter certaines aptitudes, et de ne pas trop spécialiser les élèves. De plus, il est indispensable non seulement de

tenir compte des goûts des adolescents, mais de se renseigner sur les besoins généraux de l'économie nationale et de donner à la préparation professionnelle un caractère polyvalent, dirigeant les candidats vers un groupe de professions connues.

Les conditions de vie actuelles augmentent encore l'importance de l'observation médicale continue de l'enfant.

A la sortie de l'école, le rôle du médecin passe au second plan. Ce qui compte ce sont les données positives du marché de l'emploi. Les offices, dits inexactement d'orientation professionnelle, et qui devraient plutôt être appelés instituts d'examens psychotechniques, peuvent jouer un rôle important en tant qu'auxiliaires.

En terminant, l'auteur, constatant la place éminente du médecin, parmi les collaborateurs nécessaires, exprime le souhait que les médecins se préoccupent d'apporter leur concours à cette œuvre indispensable.

René CHARPENTIER.

**Les bases physiologiques de l'orientation et de la sélection professionnelles**, par L. BROUHA, Professeur à l'Université de Liège (*Archives de médecine sociale et d'hygiène et Revue de pathologie et de physiologie du travail*, Bruxelles, mars 1940).

Le professeur L. Brouha déplore que les moyens d'investigation dont dispose le médecin ne lui permettent de juger approximativement que la valeur du sujet au repos, le laissant ignorer les réactions, si importantes, du sujet au travail.

Il décrit un certain nombre de « tests de travail », de l'Université Harvard, réalisés en soumettant le sujet à un effort dosé en kilogrammètres-minute soit sur un tapis roulant à inclinaison et vitesse variables, soit sur une bicyclette ergométrique ou sur une machine à ramer à résistance modifiable. Avant, pendant et après le travail, on enregistre le rythme cardiaque à l'aide d'un cardi tachymètre enregistreur, la quantité d'oxygène utilisée et de gaz carbonique produite, les modifications de la pression sanguine. L'expérience terminée, on dose le lactate dans le sang. Les variations individuelles sont considérables pour un même travail et chez des sujets normaux du même âge.

Un entraînement régulier montre également des différences marquées dans l'adaptabilité à l'entraînement. Ces examens permettent même de déterminer jusqu'à quel point l'entraînement peut améliorer le rendement et pour quel travail. Il existe, en effet, une véritable spécificité de l'entraînement.

Avec l'âge, la marge de réserve permettant de faire des efforts intenses diminue et l'adaptabilité à l'entraînement diminue également. Un sujet jeune pouvant fournir quotidiennement un certain travail en disposant d'une marge de réserve suffisante, la récupération sera totale en deux séances de travail. Chez un sujet âgé, au contraire, la marge de réserve diminuant progressivement, la récupération est incomplète: d'où fatigue anormale, diminution du rendement et à la longue, altération de la santé du sujet.

Ces études des variations, considérables d'un sujet à l'autre, de la valeur fonctionnelle de l'homme normal pourraient aboutir à de véritables dosages biologiques de l'homme fournissant ainsi à l'orientation et à la sélection professionnelles des bases physiologiques indispensables.

René CHARPENTIER,

**La mesure du sens kinesthésique**, par Dumitru VACARU (*Revista de Psihologie teoretica si aplicata*, Sibiu, janvier-mars 1941).

Le but de cette étude est de sélectionner des méthodes d'examen psychotechnique en vue de l'orientation professionnelle. Pour la mesure du sens kinesthésique, l'auteur a recours au kinésimètre, à l'épreuve des poids (Piorkowski) et à l'impulsomètre (Piorkowski) : 142 apprentis de 14 à 19 ans ont été soumis à ces épreuves.

D'après les résultats obtenus, les épreuves qui semblent pouvoir être appliquées avec le plus d'efficacité pour l'orientation professionnelle sont l'épreuve d'appréciation kinesthésique et l'épreuve de l'impulsomètre, celle-ci destinée à l'examen de la sûreté de la main dans l'exécution de coups d'égale intensité. L'auteur se propose de revoir la technique des épreuves de mémoire kinesthésique ainsi que la technique de l'épreuve des poids, toutes deux ayant donné des renseignements moins fidèles.

Il faut avant tout tenir compte de la nature des mouvements exigés par un métier et examiner le sujet avec l'épreuve spécifique pour une certaine catégorie de mouvements. Il ne s'agit donc pas tant d'examiner la sensibilité kinesthésique générale que de rechercher une sensibilité kinesthésique spécifique pour un travail donné.

Un tableau indique les métiers pour lesquels est nécessaire un sens kinesthésique normal ou supérieur à la normale. On y trouvera également les particularités nécessaires à chacun de ces métiers.

René CHARPENTIER.

## ANATOMIE

**Recherches anatomo-pathologiques sur les lésions cérébrales dans la thérapeutique convulsivante de la démence précoce** : 1° par la méthode de Sakel (insuline) ; 2° par la méthode de von Meduna (cardiazol), p.r. Jan CAMMERMEYER (d'Oslo). *Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, avril 1940).

Très important travail du laboratoire d'Anatomie pathologique de l'Institut Bunge d'Anvers sous la direction du Dr Ludo van Bogaert, achevé à l'Institut anatomique d'Oslo, sous la direction du Professeur K.-E. Schreiner, et portant sur 8 cas. Cette étude, qu'accompagnent 19 planches et une importante bibliographie, aboutit, après de très intéressantes constatations, aux conclusions suivantes.

L'insuline provoque, dans certains cas, des lésions cérébrales similaires à celles des troubles circulatoires fonctionnels. Dans plusieurs cas dans lesquels la mort survint consécutivement à une thérapeutique par l'insuline à hautes doses, il n'existait aucune lésion grave du parenchyme nerveux ni des vaisseaux. L'hypoglycémie insulínique semble agir par anoxémie et il est possible que les troubles circulatoires soient déclenchés par un mécanisme analogue. Il est probable que, fréquemment, la mort est due à la nécrose de parties étendues du tissu cérébral, bien que ces lésions ne soient pas souvent localisées au niveau des centres vitaux cardio-régulateurs et vaso-moteurs. Mais, il est des cas où l'on ne trouve aucune lésion cérébrale pouvant

\* expliquer la mort due probablement à l'action de l'insuline sur d'autres organes (cœur, foie, surrénales) préalablement altérés, action entraînant indirectement la mort par des troubles généraux de la circulation ou par des troubles du métabolisme. En dehors, peut-être, de l'hypertrophie des noyaux macrogliaux « nus », il n'y a pas de lésions histopathologiques typiques de la mort par l'insuline. La cause de la mort au cours de la cure d'insuline chez les schizophrènes pouvant être due aussi bien à un mécanisme cérébral (lésions graves du cerveau) qu'à un mécanisme extra-cérébral (bronchopneumonie, déficience de la circulation, etc.), la surveillance du malade devra s'exercer sur les divers plans : psychiatrique, neurologique, médical général.

Le *cardiazol* peut donner lieu à des lésions corticales très graves avec disparition complète des cellules nerveuses ou des lésions cellulaires sévères, nécroses corticales analogues à celles que l'on peut observer dans les troubles circulatoires fonctionnels décrits par Spielmeyer dans l'épilepsie et à ceux que l'on peut trouver dans les cas mortels après insulinothérapie. Mais le *cardiazol* n'a pas toujours une influence appréciable sur ces divers éléments car il est des cas où l'on ne trouve aucune lésion neuronale, gliale ni vasculaire. Etant donné ces cas « négatifs » et compte tenu de la rareté des cas de mort, l'auteur admet que l'effet du *cardiazol* n'est pas d'une longue durée et ne peut pas toujours être apprécié par les méthodes histologiques dont nous disposons actuellement. Il conclut que le mécanisme d'action du *cardiazol* est « fonctionnel ». Ici encore, d'ailleurs, comme pour l'insuline, la mort peut s'expliquer par des lésions d'autres organes que le cerveau dans des cas où l'examen du système nerveux reste négatif. En résumé, la cause de la mort à la suite de la *cardiazol*thérapie peut être d'origine centrale (lésions étendues du système nerveux central), extra-cérébrale (par trouble de la circulation générale, de la fonction cardiaque, par lésions pulmonaires, etc.), être due à des complications cérébrales secondaires provoquées par des traumatismes (violence des grands chocs convulsifs, embolies graisseuses consécutives à des fractures des os longs, etc.), ou être accidentelle et indépendante de la cure.

Aucun argument d'ordre anatomo-pathologique ne permettant de justifier une préférence pour l'une ou l'autre de ces deux méthodes, l'auteur conclut en terminant que cette question relève du domaine de la clinique et des statistiques.

René CHARPENTIER.

**Deux cas de plasmocytomes nodulaires, à hauteur d'une petite aile du sphénoïde**, par L. CHRISTOPHE et P. DIVRY (de Liège). *Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, juin 1940.

Tumeur primitive de la moelle osseuse, le myélome prend place à côté de certains sarcomes, de même topographie, du chlorome, de la maladie de Schuller-Christian, des leucémies myéloïdes même. Le plus souvent à localisations multiples, il est constitué par des cellules de type soit myélocytaire (myélocytomes), soit plasmocytaire (plasmocytomes), soit par des formes intermédiaires ou encore par des érythroblastes (érythroblastomes).

Dans les myélomes multiloculaires (maladie de Kahler), les symptômes généraux, asthénie, anémie, amaigrissement, et les douleurs osseuses, la découverte d'une albumosurie, l'examen attentif du système osseux, les



données radiographiques, permettent le diagnostic. Si l'étude morphologique du sang est, en général, muette, la formule chimique du plasma, selon Snapper, révélerait de l'hyperprotéïnémie et de l'hyperglobulinémie, et la ponction sternale pourrait souvent ramener des amas de cellules plasmocytaires.

Il s'agit, d'ailleurs, d'une affection assez rare, mais que l'envahissement myélomateux, soit du rachis, soit du crâne, rend de grande importance neurologique, et dont le diagnostic, dans les formes localisées, est facilement méconnu. Ce sont souvent alors des symptômes divers, d'ordre neurologique, qui, joints à certaines particularités radiographiques, orienteront le diagnostic. C'est l'étude avertie des radiographies du crâne qui permettra d'identifier l'affection.

Les auteurs rapportent deux observations de tumeurs myélomateuses, localisées à la base du crâne et spécialement à hauteur d'une petite aile du sphénoïde, dont la nature ne fut révélée que par l'examen histo-pathologique des fragments tumoraux extirpés. Aussi attirent-ils l'attention sur la symptomatologie de tumeur intracrânienne qui peut accompagner les myélomes de cette région.

D'après les statistiques, le myélome évolue, en général, en une ou deux années. Les cas d'une durée de plusieurs années (plus de 6 ans dans le deuxième cas de l'auteur) sont exceptionnels.

René CHARPENTIER.

## SEXOLOGIE

La chimie des instincts génésiques, par H. ROGER (*La Presse médicale*, 2-5 octobre 1940).

Le mot *instinct* est une expression abstraite que l'on peut conserver, mais à la condition de ne lui attribuer aucune valeur explicative, de ne l'utiliser que comme une étiquette commode appliquée à des phénomènes disparates. Les physiologistes ont montré que les actes instinctifs et les actes intellectuels s'expliquent, les premiers par le jeu de réflexes innés, les seconds par le jeu de réflexes acquis : les uns et les autres se ramènent à des mécanismes nerveux. Et les processus nerveux sont, en réalité, des processus neuro-chimiques ou plutôt physico-chimiques, l'influx nerveux rentrant dans le domaine des phénomènes électriques.

Les observations et les expériences faites sur les batraciens et sur les oiseaux, spécialement les gallinacés, démontrent le rôle primordial des hormones génitales et permettent de leur rattacher toutes les manifestations sexuelles, y compris les manifestations instinctives. Parmi les nombreuses hormones génitales, naturelles et artificielles, quatre ont une importance capitale : ce sont, chez le mâle, la testostérone, extraite des testicules ; chez la femelle, l'œstradiol, ou hormone de l'ovaire (dénommée autrefois folliculine), la progestérone, hormone du corps jaune (lutéine), et l'œstriol, hormone du placenta.

Les manifestations sexuelles ne font pas exception à cette règle que chaque fonction déborde largement l'organe qui lui est dévolu. Aux sécrétions des glandes génitales s'ajoutent les hormones déversées par toute une série

de glandes endocrines, en tête desquelles les glandes surrénales (adrénos-térone, hormone masculinisante de la cortico-surrénale et substances à action féminisante, non définies cliniquement), la glande thyroïde (essentiellement féminisante), l'hypophyse (point de départ, centre et moteur principal des manifestations sexuelles, l'hypophyse commande aux diverses glandes génitales, en règle l'évolution et en assure le fonctionnement, est indispensable au développement de la puberté, joue un rôle capital dans le développement de l'instinct maternel, dans la sécrétion lactée, avec le concours indispensable de ce facteur minéral qu'est le manganèse indispensable à la formation de l'hormone hypophysaire) et l'épiphyse (dont l'action frénatrice contribue à maintenir le développement sexuel dans des limites normales).

Les instincts génésiques se développent et se maintiennent sous l'influence de produits hormonaux.

Le professeur H. Roger se propose ensuite d'établir le rôle des chromosomes dans la détermination du sexe, de préciser ultérieurement la constitution chimique des hormones génésiques, de discuter enfin les expériences tendant à démontrer qu'on peut modifier, transformer et intervertir les instincts sexuels.

René CHARPENTIER.

**L'intersexualité et les chromosomes**, par H. ROGER (*La Presse médicale*, 15 octobre 1940).

Il est établi qu'il n'existe pas un seul être qui soit complètement mâle ou complètement femelle. Cette sexualité normale, sur laquelle l'anatomie fournit déjà quelques renseignements, permet de comprendre la modification expérimentale des caractères sexuels secondaires, la transformation des instincts et des sexes, la création expérimentale d'intersexués et d'hermaphrodites, rend compte aussi de diverses manifestations pathologiques, permettant de comprendre et d'interpréter le mécanisme des perversions sexuelles.

Il faut admettre une bipotentialité de l'organisme dont les cellules sont capables d'évoluer dans l'un ou l'autre sens. Si l'on envisage la cellule primordiale, c'est-à-dire l'ovule fécondé, le cytoplasma serait l'agent matériel des caractères spécifiques, c'est-à-dire le support de l'espèce, le noyau serait le porteur exclusif des gènes, c'est-à-dire des éléments qui assurent, dit-on, la transmission du sens génétique et la transmission de l'hérédité individuelle, suivant les lois de Mendel. Le noyau interviendrait aussi dans le développement morphologique. On a pu considérer les gènes comme des particules matérielles localisées dans les chromosomes, c'est-à-dire dans les grains de chromatine qui, au moment de la division cellulaire, se rassemblent sous forme de corpuscules plus ou moins massifs.

Pour Koltzoff, les fils spirales ou chromonèmes, supportant une série de disques alternativement clairs et sombres, disques qui correspondraient aux gènes (Painter), méritent d'être appelés géonèmes. Ils sont porteurs de gènes placés sur les fils des chromosomes comme les grains d'un collier de perles. Chimiquement, les chromosomes peuvent être considérés comme des séries de polypeptides, unis entre eux et unis à l'acide thymonucléique, formant ainsi une molécule géante ou une micelle constituée par des séries de longues molécules uniformes.

Ces chromosomes, de nombre fixe dans chaque espèce et variable d'une espèce à l'autre, constituent des systèmes diploïdes. Les cellules de la reproduction en renferment deux variétés : les uns, identiques à ceux des autres cellules, sont dits autonomes (2 A), les autres, spéciaux, auxquels on attribue un rôle capital dans la fécondation et la détermination du sexe, sont dénommés chromosomes sexuels, allosomes, idiochromosomes (chromosomes X, XX, XY). On appelle homozygote ou homogamétique le sexe qui possède 2 X, hétérozygote ou hétérogamétique, le sexe qui n'en possède qu'un seul associé ou non à un chromosome Y. Le chromosome Y, en effet, n'intervient pas dans la transmission du sexe ; on tend à lui attribuer un rôle physiologique.

Goldschmidt admet l'intervention d'un facteur F dans le cytoplasma, le facteur M se trouvant dans le chromosome X. Si l'ovule fécondé ne renferme qu'un seul X, c'est-à-dire un seul M, l'élément cytoplasmique F l'emporte et l'évolution se fait dans le sens femelle, tandis que si l'ovule renferme 2 X, c'est-à-dire 2 M qui l'emportent sur F, l'évolution se fait dans le sens mâle.

Des expériences de Bridges, sur la drosophile, ou mouche du vinaigre, de Goldschmidt, sur le *lymantria dispar*, papillon de la famille des bombycides, de Winge, sur le *lebidistes reticulatus*, poisson de la famille des cyprinodontes, il faut admettre, dans les croisements des races, que les éléments mâles et femelles ont une valeur plus grande dans la race forte ou dominante et qu'ils sont capables d'imposer un virage à l'être en développement. Dans un croisement, le générateur de la race la plus forte incite l'évolution des embryons vers le sexe dont il est porteur.

Les chromosomes ne constituent qu'un des éléments du déterminisme sexuel. D'autres facteurs interviennent, parmi lesquels la température et les influences chimiques, en tête desquelles il faut placer les influences hormonales classées par Goldschmidt de la façon suivante : hormones primaires ou chromosomiques ; hormones de deuxième ordre prenant naissance dans les ébauches gonadiques et dirigeant le développement des conduits génitaux accessoires ; hormones proprement dites ou de troisième ordre assurant le développement des caractères sexuels secondaires, des cycles féminins, des manifestations instinctives.

René CHARPENTIER.

**L'intersexualité et les hormones sexuelles**, par H. ROGER (*La Presse médicale*, 1-4 janvier 1941).

Les hormones mâles et les hormones femelles ont une étroite parenté chimique. Leur action n'est pas absolument spécifique et la production des hormones n'est pas plus spécifique que leur action.

Toutes ces hormones, auxquelles il convient d'ajouter l'adrénostérone extraite de la cortico-surrénale, peuvent être rattachées au cholestérol sans qu'on soit en droit d'affirmer qu'elles en dérivent dans l'organisme. Suivant leur structure chimique leurs propriétés physiodynamiques, on peut distinguer : 1° le groupe des hormones mâles (androstérone et déhydroandrostérone extraites de l'urine, testostérone et androstanédione qui se trouvent dans le testicule, auxquelles, ainsi que nous l'avons dit, on peut ajouter l'adrénostérone) ; 2° un groupe femelle correspondant à l'ancienne folliculine (œstrone et œstriol, extraits de l'urine des femmes gravides, œstradiol,

véritabte hormone femelle, équiline et équiléenne, extraites de l'urine de jument) ; 3° un groupe femelle correspondant à l'ancienne lutéine (progestérone, retirée du corps jaune, primitivement dénommée lutéine). Le prégnandiol, retiré de l'urine des femmes gravides, ne saurait être qualifié d'hormone, étant inactif.

Certaines substances organiques possèdent des propriétés analogues à celles des hormones génésiques, tout au moins les hormones femelles, car les hormones mâles ont, en général, une spécificité plus étroite. La véritable hormone intermédiaire est l'androsténediol, obtenue par réduction de la déhydroandrostérone, et qui a sur l'appareil femelle une action remarquable. Mais, même l'hormone mâle par excellence, la testostérone, n'est pas dépourvue de tout pouvoir féminisant. Les hormones femelles influencent peu l'appareil mâle, tandis que les hormones mâles agissent énergiquement sur l'appareil femelle qui possède une plus grande sensibilité réactionnelle ou une moindre spécificité puisqu'il subit l'influence de substances fort disparates et sans parenté chimique avec les hormones sexuelles.

Pour le développement et le maintien de l'intersexualité, la production, par les glandes génitales, d'hormones mâles et femelles, est plus importante que l'ambisexualité des hormones. Il en résulte que les deux sortes d'hormones coexistent dans les organes et les tissus, dans le sang et dans l'urine. L'influence ambisexuelle des glandes génitales ressort des observations recueillies sur l'homme et les animaux et des résultats obtenus par la méthode des greffes. De ces faits est née la théorie hormonale de l'hyperrophie de la prostate chez le vieillard.

Le professeur H. Roger rappelle également le rôle des hormones hypophysaires : leur action est surtout marquée sur les organes féminins, dont elles favorisent ou inhibent le fonctionnement.

Les différentes parties de l'organisme sont étroitement unies et participent toutes ou presque toutes aux diverses manifestations fonctionnelles. Les hormones génitales, dont on sait l'influence sur le système nerveux, le psychisme, les diverses glandes, le développement du corps, le système pileux, le fonctionnement du larynx, et dont on a moins bien étudié l'action sur les organes abdominaux, ne font pas exception à cette règle.

René CHARPENTIER.

**L'intersexualité expérimentale, par H. ROGER** (*La Presse médicale*, 5-8 mars 1941).

Des trois articles précédents, la conclusion se dégage qu'il existe chez tous les êtres, même chez ceux qui sont en apparence unisexués, une bisexualité latente pouvant aboutir, en certaines circonstances, à des modifications et même à des transformations sexuelles.

Un grand nombre de recherches expérimentales ont contribué à éclairer les problèmes de l'intersexualité. Les faits, les expériences, que rapporte ici le professeur H. Roger, permettent de conclure à un antagonisme entre les hormones génitales mâles et les hormones génitales femelles. Tous les vertébrés sécrétant et, par conséquent, détenant les deux sortes d'hormones, il faut admettre que s'établit entre elles un équilibre plus ou moins stable. Un trouble modifiant tant soit peu les sécrétions hormonales, retentira sur

les caractères sexuels, les fera dévier du type normal, provoquant ainsi la formation d'intersexués.

La notion de l'intervention constante des hormones chez les vertébrés conduit à reprendre, à compléter et à modifier les notions concernant le rôle des chromosomes dans le développement des caractères sexuels. L'étude des effets produits par les hormones sur le développement des oiseaux et sur les embryons des mammifères établit que les hormones d'un sexe agissent sur les embryons du sexe opposé, mais que, chez les mammifères, elles ne sont pas capables de changer les gonades comme elles le font chez les oiseaux chez les reptiles. Les modifications des organes génitaux varient suivant l'époque où l'on fait intervenir les hormones. L'état psychique dépend des gonades. Comme on pouvait le prévoir, les hormones hétérologues ont moins d'influence sur les adultes que sur les êtres en voie de développement.

La bipotentialité des cellules explique que l'on puisse modifier les caractères sexuels et même changer complètement le sexe. La transformation sexuelle des mammifères a été réalisée par Steinach, puis par Knud Sand, Athias, Lipsehütz. Pour réussir, il faut opérer chez des sujets jeunes et leur transplanter des organes infantiles. Il a même été possible, chez les gallinacés et chez les mammifères, d'implanter deux glandes sexuelles différentes et de créer ainsi des hermaphrodites à comportement bisexuel.

De ces faits complexes se dégage l'importante conclusion que toute l'évolution sexuelle, toutes ses manifestations, toutes ses anomalies, sont sous la dépendance de substances chimiques dont les unes sont produites par les glandes génitales et dont les autres sont élaborées par diverses glandes endocrines, en tête desquelles le thymus, les surrénales, l'hypophyse et, accessoirement, l'épiphyse. Les hormones ainsi produites agissent sur les cellules génitales, y provoquant des manifestations fonctionnelles dont on peut suivre l'évolution par l'examen des chromosomes, ceux-ci représentant les concrétions visibles des phénomènes chimiques cachés.

Dirigeant le développement et la forme des organes reproducteurs (et des caractères sexuels secondaires), les hormones sexuelles, génitales et extra-génitales, en règlent le fonctionnement et, par leur action sur le système nerveux, tiennent sous leur dépendance toutes les manifestations de l'instinct.

L'ambisexualité embryonnaire persiste à l'état latent pendant toute la vie. Chez tous les êtres se produisent des hormones antagonistes qui, normalement, se neutralisent. C'est la rupture de cet équilibre qui explique le développement d'êtres intersexués, ayant un certain degré d'hermaphroditisme, somatique ou psychique.

*Puisque l'instinct sexuel est sous la dépendance des hormones, puisque l'expérience démontre qu'on peut, chez l'animal, en modifier ou en transformer les tendances, on est conduit à supposer que ce qu'on appelle les perversions sexuelles relève simplement d'anomalies hormonales.*

Le physiologiste, le philosophe, le médecin et particulièrement le psychiatre liront avec grand intérêt les quatre importants mémoires dans lesquels le Professeur H. Roger expose les remarquables travaux de ces dernières années et en tire les conclusions, mémoires dont nous avons tenté ici, en les réunissant, de donner une vue d'ensemble en de trop brefs comptes rendus.

René CHARPENTIER,

## HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

**Le développement des classes d'amblyopes en France**, par M<sup>me</sup> le Dr Renée Onic, Médecin-inspecteur des écoles de Paris et de la Seine (*Archives de médecine sociale et d'hygiène et Revue de pathologie et de physiologie du travail*, Bruxelles, mars 1940).

Que l'amblyopie ait pour cause congénitale ou acquise des troubles des milieux (lésions de la rétine, du nerf optique, de la cornée), des vices de réfraction importants (myopie, astigmatisme, hypermétropie), des lésions du système nerveux central, etc., elle nécessite la création de classes spéciales pour ceux de ces sujets qu'un déficit mental ne fait pas diriger vers des établissements pour arriérés.

Sur 500 écoliers environ on trouve un amblyope et il est peu d'exemples aussi éclatants de récupération sociale. L'organisation de ces classes, qui ne nécessite pas de dépenses élevées, peut être envisagée dès que l'on peut grouper une dizaine d'amblyopes, ce qui suppose une population scolaire d'environ 5.000 enfants. Pour les communes moins peuplées, le seul recours possible, beaucoup plus onéreux, est l'internat. En France, 400 classes d'amblyopes seraient nécessaires. Les expériences faites à Strasbourg et à Paris montrent que le succès de ces classes est assuré si l'on trouve, ce qui ne fait pas de doute, les compétences et les dévouements nécessaires. Des milliers d'enfants seraient ainsi rendus à une vie normale.

René CHARPENTIER.

## THERAPEUTIQUE

**Traitement des états mélancoliques par l'anesthésie au tribrométhanol (91 anesthésies chez 27 malades)**, par M. MONTASSUT et G. JACQUOT (*La Presse médicale*, 12-15 février 1941).

Pour préciser les indications psychiatriques de la cure de sommeil (Klaesi), et sa technique, MM. Montassut et G. Jacquot ont fixé leur choix sur le tribrométhanol, en raison de sa faible toxicité et de ses facilités d'administration. Les seules contre-indications sont les états de cachexie profonde, les artériopathies cérébrales, l'asystolie, les déficiences hépatorénales graves, les colites. L'anesthésie par voie rectale est très bien acceptée par la généralité des malades. L'absence de traumatisme psychique et la douceur du réveil permettent de la renouveler, les malades l'acceptant toujours docilement.

Le rectanol a été employé en solution à 2,5 pour 100, sans pré-narcotique, à la dose moyenne, chez l'homme, de 9 à 9,5 cg./kg. dans les états de dépression et de stupeur, de 10 à 11 cg./kg. dans la mélancolie anxieuse, de 11 à 11,5 cg./kg. dans l'agitation anxieuse, l'excitation maniaque, le delirium tremens. Chez la femme, la dose variait de 8,5 à 9 cg./kg. chez les déprimées ou stuporeuses ; elle fut de 9,5 cg./kg. chez les excitées. Une anesthésie sans danger, d'une durée de trois à six heures en moyenne, est ainsi obtenue. Il n'y a pas d'accoutumance, pas d'échec, rien ne s'opposant à une

ou plusieurs réinjections. Le réveil se fait en deux temps, sans vomissements, sans complications pulmonaires, sans phénomènes confusionnels.

La cure a été appliquée sous forme discontinue, la narcose continue n'ayant été utilisée que dans un cas de delirium tremens pendant vingt heures. Elle permet la suppression totale des sédatifs et des narcotiques, est d'une moindre nocivité et d'une plus grande efficacité. La narcose est un révélateur précieux de l'état mental profond des malades inhibés, dissociés ou réticents. Elle permet l'extériorisation des conflits, des idées délirantes et des troubles psycho-sensoriels. Administrée à doses discontinues chez les mélancoliques, elle en améliore simultanément l'état général, l'inhibition et l'anxiété. Dans les états délirants ou schizophréniques, et dans les manifestations pithiatiques, elle contribue à lever les inhibitions intellectuelles, en rétablissant le contact avec le monde extérieur et en favorisant l'intervention psychothérapique.

Au cours de ces essais, la cure de sommeil s'étant montrée efficace dans le traitement des états confusionnels toxiques et dans la mélancolie, MM. Montassut et G. Jacquot estiment qu'elle doit y être employée de manière continue.

René CHARPENTIER.

**Un accident mal connu de l'insulinothérapie au cours de la cure de Sakel : le coma prolongé non-hypoglycémique**, par Paul ABÉLY et Charles FEUILLET (*La Presse médicale*, 25 avril 1941).

MM. Paul Abély et Charles Feillet attirent l'attention sur cet accident, relativement rare et relativement précoce, au cours de la cure de Sakel, qu'est la persistance durant plusieurs heures, parfois même plusieurs jours, du coma, en dépit d'un resucrage suffisant. Cela, sans que puissent être mis en cause ni la dose employée ni le nombre de comas antérieurs, ni même la durée de l'hypoglycémie antérieure.

Impossible à prévoir, ce coma prolongé non-hypoglycémique se présente sous un aspect clinique assez constant : période subcomateuse prolongée ou somnolence post-comateuse, syndrome d'hypertonie permanente avec accès convulsifs toniques ou cloniques, parfois signes méningés, hyperthermie pouvant, dans les cas graves, atteindre ou dépasser 40°, hyperglycémie rendant inutile, sinon préjudiciable, tout nouvel apport de sucre et le plus, souvent accompagnée d'alcalose, hyperglycorachie et diminution du taux des chlorures. Dans certains cas, la ponction lombaire permet également de dépister une hémorragie sous-arachnoïdienne. Les accès convulsifs survenant précocement lors des comas qui précèdent auraient la valeur (relative) d'un signal d'alarme.

Le mécanisme de cet accident, en rapport avec des lésions nerveuses irréversibles plus ou moins graves, demeure obscur. Sa thérapeutique est surtout symptomatique : rehydratation intensive par la sonde alimentaire (Francke), ponction lombaire contre l'hypertension céphalo-rachidienne, saignée, sédatifs éventuellement contre les accès épileptiformes, injections intraveineuses massives de vitamine B<sub>1</sub>, injections intraveineuses d'alcool (Choplin).

Au point de vue prophylactique, si cet accident a pour base anatomique les lésions nerveuses de l'hypoglycémie, il y aurait donc lieu d'envisager avec réserve la méthode des comas prolongés (Kraulio). MM. Paul Abély et Ch. Feillet conseillent la prudence chez tout sujet suspect de déséquilibre endocrino-végétatif, même léger. Ils recommandent, dans ce cas, de réduire au

moins provisoirement, la durée habituelle des chocs, de même que chez tout malade lorsque le choc précédent a été sévère, accompagné d'épilepsie ou de myoclonies intenses.

René CHARPENTIER.

**La méthode de von Meduna en pathologie mentale. Modifications à long-ue échéance subies par la tension artérielle après le traitement par le pentaméthylènetétrazol (cardiazol),** par H. CHRISTY, P. MARTIN-CHRISTOPHE et Y. EMERIC (*Lyon-Médical*, 19 janvier 1941).

Les auteurs, qui n'ont jamais observé d'accidents graves au cours des crises créées par le cardiazol dans un but thérapeutique, apportent ici les résultats de 14 observations concernant les modifications permanentes de la tension artérielle, plusieurs mois après la cure. Les malades observés étaient, pour la plupart, mais non uniquement, des déments précoces.

Dans les deux tiers des cas, et contrairement à l'opinion exprimée par Géraudel, ils ont observé des hypertensions artérielles permanentes (jusqu'à deux ans après l'interruption du traitement), non accompagnées de signes d'intolérance, ne coïncidant pas spécialement avec des guérisons et persistant au cours d'une évolution défavorable.

D'autre part, ils signalent avoir trouvé, au cours de l'évolution de la démence précoce et en dehors de tout traitement, un pourcentage important, mais cependant bien moindre, d'hypertensions cryptogénétiques (à peine la moitié des cas). Ces malades n'ayant pas guéri, l'hypertension ne saurait être, dans ces cas, considérée comme étant en relation avec une amélioration de leur état mental.

L'action du pentaméthylène-tétrazol se fait donc sentir bien au delà de la crise convulsive, que ce soit par une action sur la surrénale (Laignel-Lavastine, Gallot et Pichard), action directe, ou sous l'influence du facteur favorable de réaction que représente, en soi, l'hyperhémie cérébrale.

Pour ces raisons et pour d'autres qu'ils exposeront dans un prochain travail, MM. H. Christy, P. Martin-Christophe et Y. Emeric conseillent de réserver la méthode de von Meduna à cette affection sévère et évolutive qu'est la démence précoce.

René CHARPENTIER.

**Les complications vertébrales du traitement convulsivant de certaines psychoses,** par Jean CALVET (*La Presse médicale*, 12-15 mars 1941).

Après avoir rappelé les raisons, les indications et les diverses techniques de la convulsivothérapie, M. Jean Calvet remarque que plus le temps passe, plus ces méthodes prennent d'extension, plus semble grandir l'importance des séquelles vertébrales, souvent méconnues, et que mettent en évidence des examens radiologiques répétés d'anciens malades traités. Bennett et Fitzpatrick (1939) sont arrivés à la proportion considérable de 47 pour 100. Si le signe majeur, initial, en est la douleur spontanée, c'est plus tard que se dévoilent d'importantes modifications de la courbure du rachis, parmi lesquelles, fréquemment, une gibbosité, arrondie, à pentes douces, occupant la région dorsale, affectant le type habituel de la cypho-scoliose, par affaïssement progressif des corps vertébraux fracturés, aggravé par la station debout et la reprise des travaux.

M. Jean Calvet conseille de vérifier l'état du rachis avant tout traitement et, ensuite, toutes les deux ou trois séances convulsivantes. On constatera



ainsi que le pourcentage des atteintes vertébrales est considérable, avec prédominance pour les vertèbres Div à Dvii, deux à trois corps vertébraux étant en général lésés. Il n'existe aucun rapport entre les signes accusés par le malade et l'importance de l'atteinte rachidienne. Les documents dont on dispose actuellement ne sont pas suffisants pour juger de l'avenir éloigné des lésions rachidiennes et de l'infirmité qui en résulte.

L'auteur, rappelant la rareté des fractures vertébrales au cours de l'épilepsie, insiste sur l'analogie entre les lésions rachidiennes du tétanos et les fractures cardiazoliques. L'intensité exceptionnelle des spasmes et contractions des muscles représente « le maximum de ce à quoi peut être soumis le squelette humain ». L'atteinte élektive des faces antérieures des vertèbres serait due à la prédominance des fléchisseurs sur les extenseurs spinaux. Cependant, étant donné les résultats obtenus par cette méthode thérapeutique, son rejet par crainte de complications osseuses, ne semble pas justifié (Reitmann). Il s'agit donc d'en sauvegarder le principe tout en évitant ces complications. Un examen préalable très minutieux du malade, tant au point de vue osseux et articulaire, qu'au point de vue musculaire, avec bilan calcique et phosphoré, radiographies, permettra d'éliminer les malades auxquels ce traitement ne convient pas. Pour les autres, une fois le traitement décidé, s'imposeront une préparation attentive (alimentaire, médicamenteuse, etc.), une surveillance avisée et instruite de la première injection pendant la crise et pendant la période confusionnelle consécutive, l'absence de tout moyen de contrainte, une conduite thérapeutique prudente et souvent vérifiée, tant au point de vue clinique qu'au point de vue radiologique. L'usage du curare, de l'anesthésie rachidienne, de divers moyens mécaniques, etc., ont été également proposés pour « éviter une complication sévère, certainement disproportionnée avec l'amélioration psychique tant souhaitée et parfois obtenue », conclut M. Jean Calvet.

René CHARPENTIER.

**Le traitement par excitation histaminique de l'anacidité fonctionnelle dans les psychoses aiguës avec dyspepsies nerveuses**, par JOSE SZABO (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, 10 février 1940).

Dans des cas de céphalée, aménorrhée, anorexie, dyspepsie nerveuse, dépression, M. Josef Szabo a obtenu de bons résultats par des injections d'histamine. D'autre part, ayant constaté de l'hypoacidité ou même de l'anacidité chez un grand nombre (30 à 40 %) des internés atteints de psychoses aiguës, et, se basant sur les expériences de W. Lemberger et Kalk, il a traité ces malades au moyen d'injections d'histamine, tout en les soumettant à un régime destiné à favoriser la sécrétion gastrique. L'amélioration du chimisme gastrique a été accompagnée par la disparition des troubles mentaux.

René CHARPENTIER.

**L'action physiologique de l'histamine et l'ionothérapie histaminique dans les névralgies**, par D. PAULIAN et I. BISTRICEANO (Communication à la Section de biologie appliquée de l'Institut des sciences de Roumanie, séance du 15 novembre 1939. *Archives de neurologie de Bucarest*, IV<sup>e</sup> année, n° 1, 1940).

L'histamine ( $\beta$  imidazol-éthylamine) doit être considérée comme une véritable hormone tissulaire ayant un rôle d'agent de liaison dans les trans-

missions neuro-hormonales. Le choc histaminique présente de grandes analogies avec le choc anaphylactique. Certains états dits « allergiques », comme la migraine, l'asthme, l'urticaire, l'œdème de Quincke, de pathogénie imprécise, seraient des chocs histaminiques.

L'histamine peut être considérée comme une substance anormale accidentelle, ne se formant dans l'organisme que sous l'action de certains micro-organismes ou à la suite de certaines destructions cellulaires ; elle peut être interprétée aussi comme une véritable hormone, dotée d'un métabolisme physiologique propre et qui jouerait un rôle neuro-hormonal important dans le mécanisme régulateur de la circulation.

Ses propriétés physiologiques et la possibilité de l'obtenir par synthèse ont favorisé son utilisation thérapeutique, dont l'indication la plus importante est la sédation de la douleur. L'ionothérapie histaminique constitue une méthode très efficace de traitement de différents syndromes névralgiques.

René CHARPENTIER.

**Traitement de la maladie de Parkinson par l'ingestion de sulfate d'atropine**, par MM. DUPÉRIER, DE LACHAUD et M<sup>lle</sup> ROUGIER (*Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, février 1941).

À propos de 3 malades atteints de syndrome parkinsonien post-encéphalique et traités par l'ingestion de sulfate d'atropine (méthode de Roemer), les auteurs font remarquer la grande tolérance de ces malades au médicament. Les troubles de la vue sont corrigés par des verres hypermétropes. La sécheresse des muqueuses est supportée facilement.

R. C.

**Evidence expérimentale des propriétés anticonvulsivantes du diphenylhydanthoïate de sodium**, par GOLDSTEIN et WEINBERG (*Archives of Neurology and Psychiatry*, mars 1940).

De leurs expériences thérapeutiques concernant 19 femmes épileptiques, les auteurs concluent que le diphenylhydanthoïate de sodium, dont Putnam et Merritt ont montré l'action anti-convulsivante, action que confirment ces essais, est plus efficace contre les accidents convulsifs que contre les équivalents.

R. C.

**Le traitement de l'épilepsie par une marque française de diphenylhydantoïne**, par A. BAUDOUIN (*Bull. de l'Académie de médecine*, séance du 4 mars 1941).

Donnant sur le sel sodique la préférence à l'emploi de la diphenylhydantoïne elle-même en cachets ou comprimés de 0 gr. 10 centigr., le professeur A. Baudouin confirme les bons résultats obtenus à l'aide de ce produit dans des cas rebelles aux thérapeutiques classiques.

Il conseille de ne pas supprimer complètement le gardénal quand on donne la diphenylhydantoïne. Dans chaque cas, il convient de procéder à des essais prudents, sous surveillance attentive. Avec des doses allant de 0 gr. 30 à 0 gr. 50 par 24 heures, M. A. Baudouin n'a jamais observé aucun des accidents nerveux décrits par les auteurs anglo-saxons, ni de troubles digestifs ; quant aux accidents cutanés, ils se sont bornés à une érythrodermie qui a rapidement disparu par suppression du médicament.

Des examens électro-encéphalographiques répétés, le plus souvent, par quatre dérivations simultanées, ont donné des résultats d'un très grand intérêt scientifique et pratique. La fréquence des manifestations électriques infra-cliniques, correspondant à des crises inapparentes, purement électriques, sur lesquelles pourrait être réglée la technique du traitement, est, en effet, d'un grand intérêt pratique.

Bien que la diphényl-hydantoïne ne soit pas une panacée de l'épilepsie, c'est une arme des plus utiles contre ce mal fréquent et redoutable. Aussi est-il bon que les médecins sachent que ce médicament peut-être maintenant obtenu en France, où, sur la demande du Professeur A. Baudouin, un important établissement de produits chimiques en a mis au point la fabrication.

René CHARPENTIER.

**Epilepsie jacksonienne guérie jusqu'alors par une injection d'air par voie lombaire**, par M. LAIGNEL-LAVASTINE, PUECH et G. VIDART (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 11 octobre 1940).

Malade de 27 ans présentant de l'épilepsie jacksonienne, à type dysarthrique, et des troubles sensitivo-parétiques des membres supérieur et inférieur du côté droit, séquelles d'une forme légère d'encéphalite épidémique avec diplopie, dont il fut atteint en 1938. Disparition des troubles, à la suite de l'injection par voie lombaire de 45 cm<sup>3</sup> d'air, injection suivie d'une vive douleur dans la région frontale et la région pariétale gauche. Libération probable par l'injection d'air d'une adhérence cortico-méningée au niveau de la frontale ascendante gauche, d'où disparition actuelle des troubles fonctionnels.

R. C.

**Etat de mal épileptique instantanément guéri par une injection intrarachidienne d'air**, par Jacques DECOURT et P. SIVADON (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 8 novembre 1940).

Apparition brusque, sans cause décelable, chez un homme, d'épilepsie à type bravais-jacksonien. Crises répétées, alternant avec des crises généralisées, aboutissant le 13<sup>e</sup> jour à un véritable état de mal. Guérison immédiate par une injection sous-arachnoïdienne de 20 cm<sup>3</sup> d'air. Aucune séquelle. La guérison se maintient depuis quatre mois.

R. C.

**Considérations sur la sulfamidothérapie de la méningite cérébro-spinale à méningocoques**, par Claude GERNEZ et Claude HURIEZ (*La Presse médicale*, 8-11 janvier 1940).

La sulfamidothérapie a transformé complètement le pronostic de la méningite cérébro-spinale, qui se range maintenant parmi les affections curables dans la presque totalité des cas. Sur 20 cas, et malgré l'extrême gravité de certains d'entre eux, MM. Claude Gernez et Claude Huriez apportent ici 20 guérisons. Sur près de 500 cas publiés, le pourcentage global de guérison atteint 89 0/0.

Les auteurs relatent ici les incidents survenus en cours de traitement, insistant particulièrement sur les rechutes thermiques et, parmi celles-ci,

sur les rechutes fébriles non infectieuses, véritables accidents de la chimiothérapie soufrée. Ils mettent en évidence l'intérêt, pour la conduite du traitement et la prévention des incidents, de l'étude biochimique, de la diffusion et de l'élimination des sulfamides (Paget), et énoncent les règles essentielles de la sulfamidothérapie de la méningite cérébro-spinale telles qu'elles se dégagent des faits jusqu'ici observés. Avec M. N. Fiessinger, ils les résument dans les termes suivants : « vite, suffisamment, pas trop, pas trop longtemps ».

La sulfamidothérapie doit être précoce (Lemierre), le destin du malade se jouant au cours des deux premiers jours. Elle doit être massive (dose d'attaque *per os* de 8 à 12 grammes par jour de 1162 F), parfaitement répartie dans le nyctémère. Dans certains cas, les auteurs eurent recours pendant 3 à 7 jours à des doses intrarachidiennes allant jusqu'à 40 cc. par jour en deux fois de 1162 F à 0,85 0/0. Pour être suffisant, l'emploi des doses massives doit être poursuivi au moins pendant 3 jours après la disparition des germes du liquide céphalo-rachidien, disparition le plus souvent obtenue ainsi en 36 à 72 heures. Les dosages des sulfamides dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang permettent d'apprécier si la chimiothérapie est effective et les auteurs insistent sur l'importance de l'étude de l'élimination urinaire des sulfamides.

L'action de la sérothérapie précocement associée aux sulfamides leur est apparue des plus problématiques. A l'aphorisme de Lemierre concernant la méningite cérébro-spinale, « l'ère de la sérothérapie est close », ils apportent une seule réserve en signalant les brillants résultats de la sérothérapie monovalente « en dernière ressource » dans les cas très rares de sulfamido-résistance.

Un grand nombre des cas observés par MM. Claude Gernez et Claude Huriez ayant été particulièrement graves, leur statistique paraît donc constituer une démonstration manifeste de l'efficacité de la sulfamidothérapie intensive.

René CHARPENTIER.

**Vingt cas de méningite cérébro-spinale chez l'enfant, traités par sulfamido- et sérothérapie**, par R. PIERRET et A. BRETON (*Société de médecine du Nord*, séance du 21 janvier 1941. *L'Echo médical du Nord*).

De 20 enfants âgés de 9 mois à 11 ans, atteints de méningite cérébro-spinale, 3 sont morts quelques heures après l'hospitalisation, donc avant un traitement pouvant être efficace. Sur les 17 autres cas, on enregistra 16 guérisons dont 2 seulement avec séquelles d'ailleurs sans gravité. L'heureuse action des sulfamides dans la méningite cérébro-spinale de l'enfant a complètement transformé le pronostic, la guérison sans séquelles étant obtenue dans la grande majorité des cas.

Les auteurs recommandent d'employer les sulfamides à la fois par voie rachidienne (à l'exclusion du 693) pendant les deux ou trois premiers jours, par voie intramusculaire et par voie buccale, concurremment avec le sérum antiméningococcique. Le sérum antiméningococcique sera injecté uniquement par voie cutanée ; son emploi permet de réduire les doses de sulfamides et son action antitoxique n'est pas négligeable.

René CHARPENTIER.

**Le traitement de la maladie d'Addison par l'implantation sous-cutanée de comprimés d'hormone synthétique**, par P. P. LAMBERT (*Bull. de l'Académie Royale de Médecine de Belgique*, 1940-2, séance du 24 février 1940).

M. P.-P. Lambert rapporte les résultats obtenus dans deux cas de maladie d'Addison, successivement traités par les extraits totaux, par l'acétate de désoxycorticostérone en solution huileuse, par le testostérone, et par l'implantation sous-cutanée d'un comprimé d'acétate de désoxycorticostérone.

Ces résultats (remarquables améliorations cliniques), sont nettement en faveur de l'efficacité thérapeutique de l'hormone corticosurrénale synthétique : diminution très nette de la fatigabilité ; augmentation de la force musculaire, du poids, de l'appétit ; disparition des douleurs lombaires et de la frilosité ; hausse de la tension artérielle et parfois diminution de la pigmentation.

Des résultats excellents pourraient être obtenus à l'aide de doses faibles et l'implantation sous-cutanée est considérée un progrès considérable. Bénéficieront de ce traitement les malades dont les surrénales sont envahies par une tuberculose locale et peu évolutive, ou sont détruites par un processus atrophique dont la cause reste inconnue.

René CHARPENTIER.

**Le traitement de la maladie d'Addison par l'acétate de désoxycorticostérone**, par André PLICHET (*La Presse médicale*, 29 janvier-1<sup>er</sup> février 1941).

Réalisée par Marguerite Steiger et Reichstein, la synthèse de l'hormone cortico-surrénale a permis d'obtenir des esters (acétate ou propionate de désoxycorticostérone) qui, dissous dans l'huile de sésame ou dans l'huile d'arachide, ont été employés avec succès dans le traitement de la maladie d'Addison.

Ce traitement, soit par injection, soit par implantation, de désoxycorticostérone amène une amélioration rapide de l'état des malades : les troubles gastro-intestinaux disparaissent, le poids augmente, la force musculaire renaît, la pression artérielle s'élève. On constate également, mais avec un certain décalage, des modifications chimiques des humeurs. Le métabolisme du sodium est modifié ; la rétention hydrique et l'augmentation de volume du plasma contribuent à l'augmentation de la pression artérielle.

Aussi le traitement doit-il être surveillé de très près. La ration de sel doit être équilibrée pour éviter des œdèmes, l'hypertension artérielle, la défaillance cardiaque. Des doses trop élevées et désoxycorticostérone doivent être évitées. Mais ce produit, stable, de pouvoir uniforme, relativement bon marché, est d'un grand secours contre la maladie d'Addison et les accidents d'insuffisance surrénale aiguë. Cela, même si, comme certains l'assurent, ce produit de synthèse ne représentait pas toute l'hormone, ni même la véritable hormone corticale.

René CHARPENTIER.

**La chirurgie de l'acromégalie**, par M. Paul MARTIN (de Bruxelles). (*Bull. de l'Académie Royale de médecine de Belgique*, 1940, I, séance du 27 janvier 1940).

M. Paul Martin rapporte une observation dans laquelle l'ablation d'une hypophyse accessoire juxta-chiasmatique, siège d'une hyperplasie acido-

phile, a fait régresser non seulement tous les signes d'hyperpituitarisme, mais encore l'hypertrophie radiologiquement manifeste de l'hypophyse elle-même.

L'auteur conclut de ces faits que, dans l'évolution de l'acromégalie, la sécrétion exagérée d'hormone de croissance pourrait agir sur l'hypophyse elle-même et continuer ainsi par un cercle vicieux à entretenir son hyperplasie et son hyperfonctionnement.

Révisant l'opinion classique sur les indications opératoires dans l'acromégalie, il estime que l'opération ne doit pas être réservée aux cas présentant des signes de compression du chiasma mais qu'il est également justifié d'intervenir en raison des troubles endocriniens. L'opération, ablation partielle de l'hypophyse hyperplasée, doit être réalisée par la voie haute frontale, qui permet d'estimer exactement l'étendue de l'excérèse.

René CHARPENTIER.

**La thérapeutique moderne du syndrome de Ménière**, par A. RAVINA et A. PLICHET (*La Presse médicale*, 26 février-1<sup>er</sup> mars 1941).

Caractérisé essentiellement par des bruits subjectifs auriculaires, souvent très intenses, et un vertige suivi de chutes avec nausées, vomissements, nystagmus, le syndrome de Ménière peut aussi présenter une forme continue, état de déséquilibre et de vertige durant des mois et mêmes des années. La cause n'en est pas clairement établie, la plupart des auteurs s'accordant toutefois à reconnaître comme explication de ces symptômes une élévation de tension des liquides labyrinthiques, qui seraient associés, selon Mygnd et Diderling, à un trouble du métabolisme de l'eau et des chlorures.

Les indications thérapeutiques sont subordonnées à un certain nombre de facteurs, parmi lesquels la gravité et la fréquence des accès, la situation sociale des malades, leur profession, leur niveau intellectuel. Il semble que les cas dans lesquels le syndrome de Ménière s'accompagne de surdité unilatérale réagissent mieux au traitement médical que ceux qui présentent une surdité bilatérale.

Le mieux est de tenter d'abord un traitement médical (régime alimentaire dans lequel le chlorure de sodium, complètement supprimé, est remplacé par 3 grammes de chlorure d'ammonium par repas ou par du chlorure de potassium ou du nitrate de potassium, mieux absorbé que le chlorure, sédatifs), dont les résultats sont trop souvent passagers et médiocrement satisfaisants.

En cas d'échec, ou si l'état social et les conditions de vie du malade ne permettent pas une thérapeutique médicale prolongée, on pourra avoir recours au traitement chirurgical (section totale ou subtotale du nerf acoustique, destruction du labyrinthe entraînant souvent la surdité définitive, par lésion du limaçon, destruction du ganglion vestibulaire) dont la technique a fait, ces dernières années, de grands progrès.

René CHARPENTIER.

**Crises gastriques du tabes. Huit cas traités par la chordotomie antérieure**, par O.-R. HYNDMAN et F.-J. JARVIS (*Archives of Surgery*, mai 1940).

Grâce à une seule intervention, ne comportant qu'une laminectomie, et dans les cas de crises gastriques considérées comme incurables, on obtient

ainsi à coup sûr la cessation des douleurs et des vomissements. Résultat très satisfaisant dans les huit cas.

La chordotomie antérieure doit être bilatérale et, de préférence au niveau du deuxième segment dorsal. Les faisceaux spinothalamiques doivent être complètement sectionnés. Or, la section bilatérale entraîne la perte de la sensibilité cutanée douloureuse et thermique, la perte de la fonction sexuelle, une rétention d'urine nécessitant le sondage pendant 10 à 15 jours et peut parfois, comme toutes les incisions de la moelle, provoquer des accidents qui ne se sont pas produits dans les huit cas relatés par MM. O. R. Hyndman et F. J. Jarvis.

R. C.

**Deux observations de sciaticques guéries par le traitement spécifique,** par M. MILIAN (*Société médicale des hôpitaux de Paris. Séance du 7 février 1941*).

M. Milian rappelle l'importance de l'étiologie syphilitique des sciaticques. A l'arsénobenzol, quelquefois dangereux, il conseille, dans le cas de syphilis ancienne, de préférer le traitement par l'huile grise.

R. C.

**La tractotomie trigéminal et les voies centrales trigéminales de la sensibilité douloureuse à travers le mésocéphale,** par Henri SCHAEFFER (*La Presse médicale, 5-8 février 1941*).

Que l'on utilise la voie temporale (Frazier) ou la voie occipitale (Dandy), le traitement de la névralgie faciale par neurotomie rétrogassérienne est aujourd'hui universellement employé. En 1938, M. Olof Sjöquist a proposé une nouvelle opération à laquelle il a donné le nom de tractotomie trigéminal et qui consiste en la section de la racine descendante du trijumeau dans son trajet bulbo-spinal.

Cette opération a l'avantage de ne déterminer qu'une anesthésie incomplète (sans troubles de la mastication et de la déglutition), de conserver l'intégrité des masticateurs, de ne pas entraîner de paralysie faciale. La kératite interstitielle n'a jusqu'ici jamais été signalée à la suite de la tractotomie.

Les indications, surtout faites de contre-indications de la neurotomie, sont : les névralgies faciales non guéries par radicotomie, les algies faciales susceptibles de laisser persister des paresthésies après neurotomie, les névralgies symptomatiques que la radicotomie ne semble pas devoir soulager, les algies faciales secondaires à une tumeur maligne de la base du crâne, et certaines sympathalgies faciales particulièrement pénibles.

R. C.

**Le Sombong (*Blumea balsamifera* D. C.),** par Henri LECLERC (*La Presse médicale, 7-10 août 1940*).

Administré à la dose de 1 à 2 grammes *pro die*, par pilules de 0 gr. 25, l'extrait aqueux de Sombong, tiré des feuilles d'une plante des Iles Mollusques, de toxicité « négligeable », a une triple action hypotensive, vasodilatatrice et inhibitrice du sympathique. Son emploi trouve ses indications dans des cas d'hypertension artérielle essentielle ou symptomatique, chez des malades sujets aux angiospasmes et justiciables des médications vaso-

dilatatrices, et pour combattre l'insomnie et l'hyperexcitabilité, qu'on observe au cours des affections du système neuro-végétatif, où dominent les phénomènes sympathicotoniques.

René CHARPENTIER.

**Résultats obtenus par les thérapeutiques sympathiques dans le traitement des gelures,** par J. de GIRARDIER (*La Presse médicale*, 15-18 janvier 1941).

Les gelures, même en apparence peu importantes, ne doivent pas être considérées comme des lésions purement locales, mais comme la conséquence d'une maladie vaso-motrice dont on ne peut savoir immédiatement les conséquences évolutives ni les répercussions.

Les infiltrations du sympathique lombaire, traitement de choix des gelures des pieds sans lésions de nécrose, doivent être très précoces. La sympathicotomie périartérielle trouve ses indications dans les ulcérations nécrotiques après élimination de l'escarre. Dans les troubles circulatoires bilatéraux, importants, diffus, sera indiquée la section de la chaîne lombaire avec ganglionectomie.

Les thérapeutiques sympathiques, qui sont dans l'ordre de la physiopathologie de ces troubles par vaso-constriction, peuvent être considérées comme un grand progrès dans le traitement des formes de gelures sans gangrène massive.

R. C.

**Indications opératoires et résultats en sympathologie,** par B. DESPLAS. (*Archives internationales de Neurologie*, n° 1, p. 1-10, janvier 1940).

La suppression physiologique d'éléments sympathiques est réalisée par l'infiltration novocaïnique, la sympathectomie péri-artérielle, la résection des chaînes ou des centres (ablation du ganglion étoilé par exemple). Elle s'applique aux syndromes trophiques post-traumatiques, à des lésions viscérales, telles l'ulcère gastrique, à des états aigus, comme l'embolie pulmonaire. C'est une méthode d'avenir dont M. Leriche a été l'initiateur. Il importe d'en bien poser les indications et de la confier à des techniciens adroits. Elle rendra alors les plus grands services dans les affections aiguës ou chroniques où les altérations du sympathique ont une influence prépondérante.

P. CARRETTE.

**Le tétanos de guerre (à propos des 14 cas observés au Centre sanitaire de Besançon. Action des infiltrations anesthésiques du sympathique,** par René SIMON et G.-A. PATEY (*La Presse médicale*, 20-23 novembre 1940).

Sur un total de 1.900 blessés, les auteurs ont eu à traiter 14 cas de tétanos, dont ils relèvent les caractères, estimant que le tétanos de guerre mérite d'être individualisé. Tout d'abord, par le terrain individuel du soldat blessé, intoxiqué par les facteurs inhérents à la fatigue musculaire, aux carences alimentaires, au surmenage nerveux. De plus, le tétanos survient habituellement chez un blessé porteur d'une plaie étendue ou d'un moignon d'amputation. A l'intoxication tétanique se surajoute presque toujours une algie périphérique, point de départ de réactions tétaniformes générales, explicables par l'hyper-sensibilité exquise du système nerveux du malade.



A lui seul, et plus encore associé au tétanos dans sa forme aiguë, ce syndrome réactionnel peut entraîner la mort. « Le blessé meurt de douleur ».

Aussi intense qu'elle soit, la thérapeutique ordinaire est impuissante à calmer ces malades et l'augmentation des doses d'hypnotiques peut devenir dangereuse, mortelle.

Le traitement a comporté, outre la sérothérapie intensive, exclusivement sous-cutanée et intra-musculaire, l'anesthésie générale (systématiquement deux, souvent trois anesthésies au chloroforme par 24 heures, anesthésie profonde d'une demi-heure de durée), et une mise au repos physiologique du centre réactogène périphérique. Cette dernière indication est remplie par l'infiltration novocaïnique du sympathique pour atténuer ou annihiler le rôle de l'irritation périphérique, qui affecte chez le tétanique une si grande intensité (infiltration du sympathique vertébral, soit lombaire, soit scapulaire, par injection de 20 cm<sup>3</sup> de la solution de novocaïne à 1 pour 100).

René CHARPENTIER.

**D'une nouvelle opération possible pour le traitement de la paralysie faciale définitive, par René LERICHE (*La Presse médicale*, 17 septembre 1940).**

M. René Leriche qui, en 1919, proposa de traiter la lagophthalmie permanente qui accompagne la paralysie faciale définitive, par la section du sympathique cervical, opération dont l'efficacité est aujourd'hui démontrée, propose dans cet article d'essayer dans le traitement de la paralysie faciale définitive, l'anastomose sympathique-facial dont, expérimentalement, la réussite est, pour ainsi dire, constante.

Les travaux de F. de Castro, Mimura, Langley et Anderson, Calugarneau et Henri, ont établi qu'on peut faire neurotiser le sympathique par le pneumogastrique, par l'hypoglosse et par des nerfs spinaux. Sir Charles Ballance, avec la collaboration de Beattie et de Duel, a montré, par des expériences sur des chats, que l'anastomose du bout central du sympathique, soit avec l'hypoglosse, soit avec le phrénique, soit avec le facial, soit avec le laryngé supérieur, le glosso-pharyngien ou le récurrent, est apte à transporter une énergie d'origine cérébrale. Ces expériences, remarquablement conduites, ont démontré que le sympathique peut servir à neurotiser un nerf comme le facial, l'hypoglosse ou le récurrent et le centre thalamique végétatif peut commander des mouvements de la musculature striée. On peut donc, chez l'homme, utiliser avec de grands espoirs l'anastomose du sympathique avec un nerf somatique en cas de paralysie définitive.

Dans la paralysie faciale par section ou destruction du nerf, ajoute M. René Leriche, il est légitime de chercher à combiner les avantages de la paralysie sympathique à ceux de la régénération nerveuse, en évitant les inconvénients connus des anastomoses avec le spinal ou l'hypoglosse.

Ceci en attendant que se réalise la prédiction de Ballance, estimant que, d'ici vingt ans, la délicate greffe nerveuse dans l'aqueduc de Fallope, sera devenue l'opération de choix dans la paralysie faciale, une blessure du nerf comme une blessure d'artère demandant à être traitée au niveau même de la blessure.

René CHARPENTIER.

**Peut-on améliorer le traitement des blessures de nerfs périphériques ?**  
 par J. NAGEOTTE, Professeur honoraire au Collège de France (*La Presse médicale*, 25-28 septembre 1940).

La question si importante de la réparation chirurgicale des nerfs blessés est loin d'être résolue. Et, surtout si on les rapproche des résultats obtenus chez les animaux, les statistiques publiées ne sont pas satisfaisantes. M. le Professeur Nageotte apporte ici les importants résultats de ses expériences sur l'animal.

L'expérimentation prouve entièrement l'exactitude des prévisions théoriques fondées sur l'étude des propriétés physiologiques mises en jeu par la régénération des nerfs, et que le seul greffon qu'il faille utiliser pour obtenir la restauration anatomique dans les cas de perte de substance des nerfs, est le greffon de nerf mort. Le choix de l'espèce animale qui devra fournir le greffon n'a absolument aucune importance, mais il n'en est pas de même de la structure histologique de ce greffon, qui devra avoir une trame collagène aussi peu dense que possible. Un greffon conjonctif quelconque peut donner des résultats fonctionnels utiles, mais un greffon nerveux est infiniment préférable parce qu'il permet un passage plus régulier et plus facile des neurites. Il est préférable de choisir un greffon de même calibre que le nerf à réparer, mais un greffon trop large a plus d'inconvénients qu'un greffon trop étroit.

La seule utilité des sutures est de maintenir en contact les surfaces de section pendant le temps très court nécessaire à l'adhérence physiologique des tissus. Il convient de ne faire que des points séparés à l'aide d'un fil de soie très fin, et pas trop serré, juste assez pour affronter les surfaces de section sans pression. Cette technique est d'une très grande importance. Si le nerf réparé a, comme il se doit, une longueur suffisante pour rester relâché dans toutes les attitudes du membre, il n'y a pas à craindre d'accidents de désunion, même si le membre est mobilisé.

René CHARPENTIER.

## MÉDECINE LÉGALE

**Influence de l'alcool éthylique ingéré (doses de 0,5, à 1,5 pour 1000 en poids). Résultats des examens psychotechniques**, par Guy HAUSSER et Louis TRUFFERT (*La Presse médicale*, 25-28 décembre 1940).

Dans ces expériences, faites au Laboratoire de Médecine légale de la Faculté de Médecine de Paris, à l'aide de faibles doses d'alcool, MM. Guy Hausser et Louis Truffert ont fait, pendant trois journées consécutives sur chaque sujet, après examen clinique, des prélèvements de sang et de salive et, le troisième jour, trois séries d'épreuves psychotechniques destinées à évaluer le temps de réaction, le temps de reprise, l'attention concentrée, l'attention distribuée ou diffusée, la rapidité de perception, la coordination des mouvements des mains (épreuve du tourneur), la force dynamométrique.

Pour tenir compte de l'influence de l'alcool, et pour éviter l'influence de l'exercice, les auteurs ont pris comme moyenne de chaque sujet des résultats obtenus avant l'ingestion d'alcool lors d'une troisième journée d'expériences.

Des représentations graphiques figurent les résultats obtenus, d'où il résulte que l'alcool éthylique ingéré exerce une influence néfaste sur des

réflexes importants, notamment dans la conduite des automobiles. Ceci, nettement sensible pour les taux de 0,5 pour 1.000 (en poids), l'est encore beaucoup plus pour les taux voisins de 1 pour 1.000 (correspondant pour un sujet pesant 70 kg. à l'ingestion d'un demi-litre de vin à 10%). Des susceptibilités individuelles interviennent également, dont il y a lieu de tenir compte pour la sélection des conducteurs et notamment pour les transporteurs routiers à longue distance.

En matière d'accidents, il est donc important de compléter les dosages d'alcool chez les sujets y ayant participé par des examens cliniques complémentaires et des recherches psychotechniques.

René CHARPENTIER.

**L'intoxication alcoolique aiguë. Revue générale. Etude médico-légale et toxicologique,** par Louis TRUFFERT (*La Presse médicale*, 29 janvier-1<sup>er</sup> février 1941).

Les problèmes posés par l'intoxication alcoolique aiguë ne se limitent pas à des considérations criminologiques mais intéressent toute la vie sociale (famille, accidents de la circulation, etc...). C'est à Nieloux (1896), à Kohn-Abrest et Truffert (1937) que sont dues les premières méthodes de recherche et de dosage scientifique de l'alcool éthylique, actuellement utilisées dans le monde entier.

Les dosages peuvent être faits dans le sang, le liquide céphalo-rachidien, les urines, la salive, et, sur le cadavre, dans les viscères et en particulier le cerveau. Depuis peu (1938), Harger, Hulpieu et Lamb, Holcomb, Carratala et Vuetcher ont pu doser pratiquement l'alcool dans l'air expiré.

Les résultats doivent toujours être exprimés en poids. Il faut noter que les méthodes de dosage par oxydation donnent en général des résultats plus élevés que les méthodes de dosage par l'extraction en nature, et tenir grand compte du temps qui s'est écoulé entre le dosage et l'ingestion de la boisson alcoolisée.

M. Louis Truffert indique les doses moyennes exprimées en poids des différents degrés de l'intoxication alcoolique. Si les doses de 0,5 pour 1.000 ne paraissent avoir aucune influence, celles de 4 pour 1.000 et au-dessus ne sont pas véritablement « médico-légales », l'état du sujet ne lui permettant de commettre ni crime, ni délit et encore moins de conduire un véhicule.

Rappelant qu'en France il ne peut être procédé à la prise de sang et au dosage d'alcool chez des sujets ayant participé à un accident, sauf s'il y a un cadavre, M. Louis Truffert exprime le vœu que la loi du 23 août 1940 soit complétée en s'inspirant des propositions établies par le Bureau international contre l'alcoolisme, proposition dont il donne le texte. Contre ces propositions, on a invoqué le principe de la liberté individuelle qui s'opposerait à la prise de sang. Si ceci peut être discuté (?), il semble bien que rien ne puisse s'opposer à la prise d'air expiré, couramment pratiquée aux Etats-Unis. On ne peut que s'associer à ces conclusions.

René CHARPENTIER.

**Schizomanie épisodique homicide. Rapport médico-légal** (Esquizomania episodica-homicidio. Pericia médico-legal), par Rafael HERNÁNDEZ-RAMÍREZ. (*Boletín del Asilo de Alienados en Oliva*, 7<sup>e</sup> année, n° 25, p. 159-217, mai-juin 1939).

Observation d'un criminel d'occasion dont le meurtre inexplicable

et désintéressé est commis au cours d'une fugue. Les éléments confusionnels et anxieux se mêlent à une certaine lucidité. Tout le passé est celui d'un dégénéré, d'un instable, vivant dans un milieu familial gravement touché par la tuberculose. Le diagnostic d'épisode schizomaniacal posé par le médecin légiste s'appuie sur la connaissance parfaite des antécédents et des circonstances. Cependant M. Hernandez Ramirez ne pose ses conclusions qu'après 4 ans 1/2 d'observation ultérieure à l'acte criminel. Il confirme la schizoïdie, conseille de maintenir l'internement et compte sur la réadaptation par le travail. Le tribunal en décide ainsi.

P. CARRETTE.

**Valeur médico-légale de l'examen du liquide céphalo-rachidien du cadavre** (Valor medico-legal do exame do liquido céfalo-raqueano do cadaver), par P. PINTO PUPO et J.-B. dos REIS. (*Arquivos do Serviço de Assistência a Psicopatas do Estado de São-Paulo*. T. IV, n° 2, p. 197-216, juin 1939).

L'examen du liquide céphalo-rachidien, prélevé de préférence par ponction sous-occipitale, a été effectué sur des cadavres dans un délai ne dépassant pas 24 heures après la mort. Les auteurs estiment que les réactions de Takata-Ara, de Wassermann, du benjoin colloïdal, la recherche du glucose, des protéines peuvent fournir des résultats valables. Ils présenteraient un intérêt médico-légal incontestable.

P. CARRETTE.

**L'influence du milieu social sur la conduite**, par Alexandre ROSCA et Salvator CUPCEA (*Rivista de Psihologie teoretica si aplicata*, Sibiu, octobre-novembre 1940).

Etude statistique destinée à mettre en évidence le rôle du milieu dans la détermination des actes d'inconduite, particulièrement des actes criminels ainsi que la distribution des infractions par rapport aux groupements ethniques en Roumanie.

Les remariages, les séparations, le manque d'harmonie familiale, contribuent dans une large mesure à la criminalité juvénile. Le décès du père a une influence plus limitée que le décès de la mère sur la conduite de l'enfant. Le plus souvent, les enfants délinquants sont des enfants uniques. Les mauvaises relations extra-familiales, les amitiés mauvaises se retrouvent chez 20,45 % des garçons délinquants et chez 18,75 % des filles délinquantes.

La proportion des actes d'inconduite est plus grande dans le milieu urbain que dans le milieu rural. Dans le milieu rural, les suicides, les divorces, les avortements sont en proportion de l'évolution culturelle, tandis que les homicides sont d'autant plus nombreux que la population est plus primitive, moins cultivée.

Les auteurs donnent également les statistiques par rapport aux divers groupes ethniques et font remarquer que les groupements ethniques dans lesquels on trouve une proportion plus élevée d'infractions graves, présentent au contraire un nombre plus réduit d'infractions légères et inversement.

René CHARPENTIER.

# VARIETÉS

---

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

### Séances

La *séance ordinaire* du mois d'AVRIL de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 avril 1941*, à 15 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de MAI de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations cliniques ou anatomo-pathologiques, aura lieu le *jeudi 8 mai 1941*, à 9 h. 1/2 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'amphithéâtre du pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mai de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 26 mai 1941*, à 15 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

La *séance ordinaire* du mois de JUIN de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 juin 1941*, à 15 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

La Société Médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule *séance* exclusivement réservée à des présentations. Cette séance aura lieu le *jeudi 10 juillet 1941*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté de Médecine.

Conformément à l'article 3 du Règlement, la Société Médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant le mois d'AOUT ni pendant le mois de SEPTEMBRE.

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 octobre 1941*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

## HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

### Nominations

M. le D<sup>r</sup> Marcel ROUGEAN est nommé Médecin-Chef à l'Asile privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique de Cayssols (Aveyron) ;

M. le D<sup>r</sup> DOREMIEUX est nommé, à titre temporaire, Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Bailleul (Nord) ;

M. le D<sup>r</sup> FERDIÈRE est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique départemental de Lannemezan (Hautes-Pyrénées) ;

M. le D<sup>r</sup> RÉGIS est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique autonome de Marseille (Bouches-du-Rhône) ;

M. le D<sup>r</sup> FRÉRET est nommé Médecin-Chef au quartier des aliénés de l'Hospice d'Agen (Lot-et-Garonne) ;

M. le D<sup>r</sup> GARDIEN est nommé Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique agricole de Chezal-Benoît (Cher) ;

Mme le D<sup>r</sup> GARDIEN est nommée Médecin-Chef à la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher) ;

M. le D<sup>r</sup> PRINCE est nommé Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique départemental de Navarre, près Evreux (Eure) ;

M. le D<sup>r</sup> JABOUILLE est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique départemental Sainte-Catherine, près Moulins (Allier) ;

M. le D<sup>r</sup> MASSON est nommé Médecin-Chef à la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher).

## INFIRMERIE SPÉCIALE

### Nomination

M. le D<sup>r</sup> HEUYER est nommé Médecin-Chef de l'Infirmerie Spéciale de la Préfecture de Police.

## SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

### Direction du Service de Santé de la Région de Paris

M. le Médecin-Général FRIBOURG-BLANC a été nommé *Directeur du Service de Santé de la Région de Paris*.

## SECRÉTARIAT D'ÉTAT A LA FAMILLE ET A LA SANTÉ

**Loi du 12 avril 1941 relative aux attributions du secrétaire d'Etat à la famille et à la santé et à l'organisation des services placés sous son autorité**

Nous, Maréchal de France, chef de l'Etat français,  
Le conseil des ministres entendu,

Décrétons :

Art. 1<sup>er</sup>. — Le secrétaire d'Etat à la famille et à la santé a sous son autorité :

1<sup>o</sup> les services de la famille ;

2<sup>o</sup> le secrétariat général de la santé.

Art. 2. — Le secrétaire d'Etat à la famille et à la santé exerce les pouvoirs conférés par les lois et règlements antérieurs aux ministres ou secrétaires d'Etat qui ont été successivement chargés des services visés à l'article précédent.

Art. 3. — Le secrétaire d'Etat à la famille et à la santé est chargé de mettre en œuvre la politique familiale du Gouvernement. A cet effet, il coordonne l'action des départements intéressés ; il provoque de leur part toutes les mesures propres tant à assurer à la famille française la protection dont elle doit bénéficier, qu'à lui faire jouer le rôle qui lui incombe dans la vie nationale ; il suit l'exécution des mesures ainsi arrêtées.

Art. 4. — Tous les services publics sont tenus de fournir au secrétaire d'Etat à la famille et à la santé la documentation dont ils disposent sur toutes les questions intéressant la politique familiale et tous les renseignements nécessaires pour permettre audit secrétaire d'Etat d'exercer sa mission telle qu'elle est définie à l'article 3.

Aucune disposition législative ou réglementaire touchant aux questions familiales ne peut être mise en vigueur sans avoir été soumise à l'examen préalable du secrétaire d'Etat à la famille et à la santé.

Art. 5. — Des règlements d'administration publique détermineront, nonobstant toute disposition législative antérieure contraire, l'organisation de l'administration centrale du secrétariat d'Etat à la famille et la santé et de ses services extérieurs, le statut des personnels relevant dudit secrétariat d'Etat et généralement toutes les mesures que comportera l'application de la présente loi.

Art. 6. — Toutes les dispositions contraires à la présente loi sont abrogées.

Art. 7. — Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* et exécuté comme loi de l'Etat.

Fait à Vichy, le 12 avril 1941,

Ph. PÉTAÏN.

Par le Maréchal de France, chef de l'Etat français :

<i>Le secrétaire d'Etat</i>	<i>Le général d'armée,</i>
<i>à la famille et à la santé,</i>	<i>ministre, secrétaire d'Etat à la guerre,</i>
Jacques CHEVALIER.	Général HUNTZGER.

*L'amiral de la flotte,*  
*ministre vice-président du conseil,*  
Amiral DARLAN.

(*Journal Officiel*, 29 avril 1941).

## Comités consultatifs d'hygiène et d'assistance

Ont été désignés : pour faire partie du *Comité consultatif d'hygiène* : Professeur D. SANTENOISE, D<sup>r</sup> HEUYEN ; pour faire partie du *Comité consultatif d'assistance* : Professeur PERRENS, D<sup>r</sup> DEQUIDT, D<sup>r</sup> DEMAY, D<sup>r</sup> GOURIOU.

## ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

### Statuts de la Profession médicale

Le premier numéro du *Bulletin de l'Ordre des Médecins* (1) contient le « Code de Déontologie et Statuts de la Profession médicale », ainsi que les « Instructions pour l'application du Code de Déontologie ».

En dehors des cas prévus par les lois et règlements régissant la profession médicale, les médecins sont tenus de se soumettre aux dispositions prévues par ce Code de Déontologie établi par le *Conseil Supérieur de l'Ordre National des Médecins*.

### Liste des spécialités médicales

Les *spécialités médicales* suivantes sont officiellement reconnues par le *Conseil Supérieur de l'Ordre National des Médecins* :

Oto-rhino-laryngologie,  
Ophtalmologie.  
Stomatologie.  
Chirurgie générale.  
Obstétrique.  
*Neuro-psychiatrie*.  
Dermato-vénéréologie.  
Electro-radiologie et agents physiques.  
Biologie (laboratoires).

L'exercice habituel de la médecine générale est interdit aux spécialistes qualifiés de ces catégories.

La liste de ces spécialités peut être révisée.

La question des diplômes des spécialistes sera réglée ultérieurement. Un statut propre à chaque spécialité est actuellement en préparation.

### Rappel des pouvoirs de l'Ordre

*Sur le plan moral :*

inscription au Tableau des praticiens jugés dignes d'exercer leur art ;  
surveillance des règles du Code de Déontologie édicté par le Conseil Supérieur ;  
application des sanctions contre ceux qui les violeraient.

(1) *Bulletin de l'Ordre des Médecins*, n° 1, avril 1941 (Masson et Cie, éditeurs).



*Sur le plan matériel :*

a) Défense des intérêts matériels de l'Ordre :

1° création de la sécurité à l'intérieur de la profession, pour le médecin, sa femme et ses enfants ;

2° gestion des biens ;

3° conventions collectives entre les médecins et les Assurances sociales, les Mutualités et les diverses collectivités, etc... ;

b) Les Conseils départementaux de l'Ordre peuvent en outre faire des suggestions sur :

la réorganisation des études médicales,

la réforme hospitalière,

et toutes questions d'ordre général.

### **Inscription au Tableau de l'Ordre par les Conseils départementaux**

Tous les médecins qui exercent la médecine ou font un acte médical, fût-ce un acte d'enseignement, doivent être inscrits au *Tableau de l'Ordre*.

Les inscriptions se feront sur des Tableaux différents :

1<sup>er</sup> Tableau : *Médecins praticiens*, payant patente. Les médecins fonctionnaires qui font en même temps des actes de clientèle, si réduits soient-ils (consultations par exemple), rentrent dans ce groupe.

2<sup>e</sup> Tableau : *Médecins fonctionnaires d'Etat ou de grandes administrations*, ne faisant aucun acte de clientèle, ne payant pas patente, non inscrits personnellement à une Caisse d'allocations familiales (l'inscription étant faite par leur employeur).

D'après la circulaire du Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé en date du 10 avril 1941 :

les seuls *médecins fonctionnaires* qui ne doivent être inscrits sur aucun tableau sont ceux qui représentent directement l'Etat (Inspecteurs de la Santé, Inspecteurs adjoints, Directeurs régionaux de la Famille et de la Santé ;

la *cotisation des médecins fonctionnaires* ne faisant pas de clientèle sera de 100 francs (50 francs revenant au Conseil supérieur, 50 francs au Conseil départemental). Aucun prélèvement sur cette somme ne sera fait pour la Commission régionale.

### **L'inscription au Tableau donne le droit d'exercer sur tout le territoire français**

En réponse à une question posée par un Conseil départemental, il est précisé qu'un médecin installé à la limite de deux départements a parfaitement le droit de soigner des malades dans les deux départements. Tout médecin peut exercer sa profession partout où il est appelé.

## Les cabinets multiples sont interdits

Les cas d'espèce sont à examiner par le Conseil départemental. Si ces cabinets sont utiles (*certaines spécialistes*), ils peuvent subsister. Le cas est envisagé par le Code de Déontologie.

La question des cabinets multiples situés dans des localités différentes soulève également celle des cabinets multiples tenus par un praticien dans la même agglomération.

L'étude de cette question montre, en effet, que certains praticiens exercent, dans la même ville, à la fois à leur domicile, dans une polyclinique de consultations, à l'hôpital ou dans un dispensaire ; cette pratique leur permet d'adapter leurs honoraires, dans la même localité, aux différentes classes sociales : indigents (A.M.G.), ou nécessiteux aux dispensaires ; petits payants (A.S., art. 64, etc...) à la polyclinique ; clientèle aisée à leur cabinet particulier.

De ce fait, ils font une concurrence anormale à un confrère qui, se conformant strictement aux règles du Code de Déontologie, ne possède qu'un unique centre d'activité. Ils lui font d'autre part une concurrence de tarif, puisqu'ils soignent à la polyclinique n'importe quels malades, *même non indigents*, pour un prix inférieur (souvent de moitié) au montant des honoraires minima imposés par les tarifs en cours pour l'acte médical.

Il convient de rappeler que seul l'exercice de la pratique médicale dans un *cabinet unique* est déontologiquement correcte. Une *dérogation* est acquise de droit pour la pratique médicale dans les *hôpitaux* des villes de Faculté et des Ecoles de médecine, ou dans les hôpitaux, les dispensaires ou organismes de soins maintenus en fonctionnement après avis des Conseils départementaux de l'Ordre, qui s'adressent exclusivement, dans les circonstances actuelles, à des *indigents* et à des *malades nécessiteux*.

Cette règle s'applique également aux chirurgiens et *spécialistes*, sauf les cas de dérogations prévus à l'article 27 du Code de Déontologie : « *Toutefois, un spécialiste qualifié peut être autorisé à donner des consultations périodiques dans une commune où il ne réside pas, etc...* ».

Les Conseils départementaux s'inspireront, pour autoriser les dérogations, du besoin des populations, en fonction des difficultés actuelles de déplacement.

Ils veilleront au maintien des conditions techniques satisfaisantes d'installation et d'instrumentation du cabinet secondaire.

## Sociétés et associations médicales

Plusieurs *associations* de médecins, et en particulier des *sociétés* de création récente, annonçant leur intention de collaborer avec les Pouvoirs publics et l'Ordre des Médecins, le *Conseil supérieur de l'Ordre* rappelle que *seul* il est qualifié pour recevoir et transmettre les *vœux* formés par les sociétés ou groupements médicaux.

Par ailleurs, le Conseil supérieur, toujours soucieux d'agir en plein accord avec les médecins, en vue du bien général de la profession, est toujours disposé à recevoir les représentants des différentes sociétés.

## RÉUNIONS ET CONGRÈS

97<sup>e</sup> Réunion annuelle de l'American Psychiatric Association

La 97<sup>e</sup> Réunion annuelle de l'American Psychiatric Association se tiendra à l'Hôtel Jefferson, à Richmond (VA.), du 5 au 9 mai 1941, sous la présidence du D<sup>r</sup> GEORGE H. STEVENSON (de London, Canada), avec comme *secrétaire-trésorier* le D<sup>r</sup> ARTHUR H. RUGGLES (de Providence, R.I.).

Parmi les *questions à l'ordre du jour* de cette réunion, citons : l'électrochoc thérapeutique, l'hygiène mentale, la thérapeutique par le travail, le traitement de l'alcoolisme chronique, le test de Rohrschach, l'électroencéphalographie, l'éducation et le choix du personnel secondaire, etc.

## ACADEMIE DE MÉDECINE

## Election

En remplacement de M. le Professeur SERGENT, élu *président*, M. le Professeur Georges GUILLAIN est élu *vice-président*, par 63 voix sur 65 votants.

## NÉCROLOGIE

## Henry Meige (1866-1940)

Né à Moulins, le 11 février 1866, Henry Meige est mort, après une longue maladie, le 29 septembre 1940, dans la propriété si délicieusement accueillante qu'il habitait dans les environs immédiats de Paris, à Champignolle. A tant de deuils qui nous étreignent, est venue s'ajouter la disparition de ce grand serviteur de la neuro-psychiatrie française. Pour celui qui signe ces lignes, l'annoncer fut un déchirement.

Elève de Charcot et de Brissaud, plus tard collaborateur de Pierre Marie, Henry Meige laisse une œuvre neurologique où s'affirment des qualités exceptionnelles de finesse, de critique et d'érudition, servies par une langue élégante et châtiée, d'une précision et d'une clarté bien françaises. Il est inutile de rappeler ici, parmi d'autres, ses études sur le nanisme, l'infantilisme, le gigantisme, l'acromégalie, les tics, le trophédème, la maladie de Parkinson et le parkinsonisme post-encéphalitique, les troubles nerveux, sympathiques, vasculaires, consécutifs aux blessures de guerre, etc.

Pour avoir été plus discrète, son œuvre psychiatrique ne fut pas moins remarquable. Ancien interne de Falret et de Séglas, c'est Henry Meige qui recueillit, de 1887 à 1894, et publia, en 1895, les « leçons cliniques sur les maladies mentales » de son maître Séglas. Après tant d'années, ce volume est resté le livre de chevet de nombreux psychiatres. Est-il nécessaire de rappeler la thèse de doctorat (1893) d'Henry Meige, ouvrage classique sur

« le Juif errant à la Salpêtrière, étude sur certains névropathes voyageurs ». Qui ne connaît son discours inaugural du Congrès de Luxembourg (1921), resté le modèle du genre, remarquable étude historique et psychiatrique de « la Pythie de Delphes ». ...« Ménade assagie et assermentée dont la névrose, « soigneusement entretenue et canalisée par les prêtres de Delphes, devint « entre leurs mains une force redoutable ». Rappelons encore les ingénieux rapprochements que lui inspira, au Grand-Duché de Luxembourg, la procession dansante d'Echternach. Citons, plus récemment, en 1937, ce livre de « psychiatrie rétrospective » où Henry Meige, avec un grand talent de conteur, met au point l'importante part de la pathologie dans les dramatiques événements qu'il évoque de façon si pittoresque et à la suite desquels, le 30 avril 1611, Louys Gaufridy, curé de Notre-Dame des Accoules, au cœur du Vieux-Marseille, convaincu de magie et de sorcellerie, fut conduit au bûcher pour y être brûlé vif, après avoir subi « les plus affreux supplices de la question ordinaire et extraordinaire ».

Ce serait négliger une part importante des efforts et des résultats d'Henry Meige que de ne pas insister sur le caractère altruiste et désintéressé de son activité. Grâce à lui virent le jour en France bien des travaux. animateur incomparable, organisateur inégalé, son dévouement était sans limites. Pour faciliter à d'autres la publication et la diffusion de leurs travaux, il n'épargnait ni son temps, ni sa peine. Son rôle à la Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, à la Revue Neurologique, à la Société de Neurologie de Paris, dont il fut, pendant de longues années, le Secrétaire général, est connu de tous les neurologistes. Il créa à Paris ces Réunions Neurologiques Internationales annuelles qui exercèrent sur le mouvement neurologique contemporain une telle attraction et contribuèrent si efficacement à assurer la continuation du bon renom de la neurologie française.

Si, dans ce domaine, la neurologie lui doit beaucoup, la psychiatrie ne lui doit guère moins. Bien peu de psychiatres savent encore aujourd'hui ce qu'Henry Meige fut pour eux et ce qu'il fit pour l'union de la neurologie et de la psychiatrie. Elu, dès 1906, secrétaire permanent du Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, tout le désignait pour ce poste. L'indispensable union de la neurologie et de la psychiatrie s'affirmait dans son passé, dans le choix de ses maîtres dès l'internat, dans ses travaux ultérieurs. Ce fut lui qui assura le succès de ce Congrès, dont la 43<sup>e</sup> session doit se tenir à Montpellier. En 1923, à la session de Besançon, un membre du Congrès, mal inspiré, ayant manifesté des tendances hostiles à l'union des neurologistes et des psychiatres, Henry Meige prit la parole avec D. Anglade, Arnaud, Jean Lépine, Ern. de Massary, René Semelaigne. L'autorité souriante de son argumentation précise domina le débat qui se termina par un vote unanime. Le Congrès estima justement que, suivant le mot de Séglas, de tous les spécialistes, c'est peut-être le psychiatre qui doit être le moins spécialisé. Déjà en 1906, au Congrès de Lille, Grasset avait consacré son discours inaugural à « l'unité de la neurobiologie humaine ».

Membre de la Société de psychiatrie de Paris depuis 1909, il fut de ceux qui, en 1930, aidèrent à la fusion si souhaitable des sociétés psychiatriques françaises. Depuis 1930, il était membre honoraire de la Société médico-psychologique. Les éditeurs des *Annales Médico-Psychologiques* savent l'intérêt qu'Henry Meige portait à notre Revue psychiatrique, avec quelle affection il en suivit la transformation et les améliorations progressives,

hélas momentanément interrompues, mais qui reprendront leur cours après des événements qui n'ont à aucun moment arrêté sa publication. Pour l'union de la neurologie et de la psychiatrie, union indispensable à leur progrès commun et sans laquelle toutes deux resteraient incomplètes, Henry Meige fit plus que quiconque.

Ces quelques notes n'ont fait qu'ébaucher l'activité si vaste d'Henry Meige. Ne pouvant nous étendre davantage sur son œuvre neuro-psychiatrique, comment pourrions-nous donner une idée suffisante de son œuvre médico-historique et médico-artistique ? Dès le début, des dons multiples et rares caractérisent de nombreuses études sur les formes pathologiques, sur les opérations et les scènes médicales dans l'art. Il est superflu de rappeler les belles publications sur les opérateurs de pierres de têtes, le mal d'amour, les goitreux, les lépreux, etc., etc.

Collaborateur de Pierre Richer, il fut désigné en 1922, pour occuper après lui, à l'Ecole Nationale des Beaux-Arts, la Chaire d'Anatomie artistique. Son enseignement, si vivant, fut bientôt l'un des plus suivis de l'Ecole. Très estimé de ses collègues de l'Ecole, Henry Meige était adoré de ses élèves que l'originalité de son enseignement charmait et instruisait à la fois. Assisté d'abord de son gendre, le Dr Serge Huard, Chirurgien des hôpitaux de Paris, et actuellement Secrétaire général à la Famille et à la Santé, puis de M. P. Bellugue, devenu, lorsque vint l'âge de la retraite, son très distingué successeur, le Professeur Henry Meige enseignait à ses élèves, en la leur faisant dessiner, l'anatomie vivante, l'anatomie en mouvement. Il leur présentait non seulement les modèles professionnels des ateliers d'artistes, mais des athlètes à l'entraînement, des danseurs sur le plateau, tout ce qui pouvait anatomiquement extérioriser, caractériser, la beauté de la forme vivante, la grâce de l'attitude, l'élégance du geste, la force en action. Devant eux, il étudia pour la première fois la radiologie et la physiologie du grand écart. Le premier, il introduisit le cinéma dans l'enseignement à l'Ecole des Beaux-Arts. Et, mieux que personne, il sut faire comprendre à ces jeunes artistes comment représenter l'enfance, la vieillesse, le sommeil et la mort.

Que de fois, en des heures qui ne reviendront plus, il m'a été donné, dans le laboratoire attendant à son amphithéâtre, avant ou pendant son cours, d'admirer l'ingéniosité et la variété de sa technique, l'efficacité et l'originalité de son enseignement qui ne ressemblait à aucun autre. Car Henry Meige, suivant la jolie expression canadienne, si heureusement recueillie par Louis Hémon, était un être « dépareillé ». Ce fut un esprit rare, apprécié de tous assurément, mais connu seulement de ses familiers. Il savait associer l'originalité à la méthode, la fantaisie à la ponctualité, des idées larges à une conscience droite. Artiste et savant, il avait pour exprimer sa pensée, toujours claire, un style élégant et pur. L'esprit ouvert à toutes les joies, rien ne le laissait indifférent. Dilettante, dans le bon sens du mot, il ne se contentait pas d'effleurer les objets si divers de sa curiosité. A l'étendue de sa culture, à ses connaissances littéraires, artistiques, médicales, ou des sciences naturelles, il joignait encore un talent de dessinateur, une adresse manuelle d'artisan, une expérience des travaux des champs bien rarement unis. Les qualités de son esprit, la délicatesse de sa sensibilité lui permettaient de tout associer. C'était un être humain complet, dont l'intellectualité, d'une rare qualité, s'accompagnait d'aptitudes manuelles exceptionnelles. Rien d'humain ne lui était étranger. Sa demeure de Champignolle était à la fois un musée, une bibliothèque, et une ferme en miniature. Depuis qu'il

avait dû renoncer à ces voyages qu'il faisait, avec Mme Meige, en artistes, à la recherche de beautés naturelles ou architecturales, ou pour revoir des musées riches d'œuvres aimées, il ne quittait sa propriété des environs de Paris que pour sa ferme du Bourbonnais. Ce citadin n'aurait pas eu à retourner à la terre : il ne l'avait pas quittée.

Esprit indépendant, épris d'idéal, Henry Meige n'avait autre ambition que celle de bien faire ce qu'il entreprenait. Il n'aimait de la vie que les valeurs réelles, mais il les aimait passionnément. Avant la fin de son internat, il avait choisi, en dehors des concours, une vie de travail personnel et de recherches désintéressées. Telle fut aux yeux de beaucoup sa première originalité. S'il devint ensuite professeur et membre de l'Académie de médecine, ce fut sans l'avoir personnellement désiré. Et aucune élection ne fut mieux accueillie de tous.

Causeur délicieux, c'était un ami très sûr. Depuis près de trente ans, chaque mois, au jour fixé par la séance de la Société de psychiatrie, l'heure du déjeuner réunissait quelques amis. L'habitude prise continua après la dissolution de cette Société. Peu à peu, la mort éclaircit nos rangs. Henry Meige disparaît à son tour. Nous restons trois, dispersés par l'âge et par la maladie, réunis par la fidélité du souvenir. Sa vie avait été longtemps heureuse. La vieillesse, qu'il eût méritée douce, lui fut douloureuse. Le soir de 1927 où, pour la première fois, le malheur frappa brutalement à sa porte, nos deux familles étaient réunies à Champignolle. A peine la porte refermée sur un souriant au revoir, sa fille, Paulette, si honne et si gaïement courageuse, se sentait atteinte. Deux jours après, elle n'était plus. « Vous avez « été les derniers, m'écrivit-il, à voir les heures joyeuses de Champignolle. » Ce drame fut bientôt suivi d'un autre, puis ce fut la maladie et, peu à peu, une solitude volontaire qu'il essayait de combler par la rédaction destinée à ses petits-enfants de ses Mémoires et de l'histoire de sa famille.

Il était fier des succès de son fils, Paul Meige, architecte diplômé de l'Ecole des Beaux-Arts. Il voyait revivre et se réaliser en lui ses tendances d'artiste, tandis que son petit-fils, Claude Huard, se préparait à assurer, à la sixième génération, la continuité de la tradition médicale familiale.

Une activité diverse mais ordonnée, toujours couronnée de succès, tout entière désintéressée, une vie familiale modèle, telle fut l'existence de ce grand serviteur de la neuro-psychiatrie française. L'écrire n'est pas lui rendre un hommage qu'il n'eût pas désiré ; c'est citer en exemple l'un des meilleurs d'entre nous.

René CHARPENTIER,

---

*Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.*

---

Imprimé par Imp. A. COUSSLANT (personnel intéressé)  
à Cahors (France). — 62.233









